



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**  
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2023**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000141**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-014752/2023

Emission 04/07/2023

P. P. : 2023-00000870

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 07 DE JULIO DEL 2023**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Área de Arquitectura Hospitalaria**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Lockers

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CASILLEROS PARA GUARDADO DE ROPA EN VESTUARIOS (LOCKERS)	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Mueble metálico guardarropa con 6 puertas (locker). La estructura será de chapa BWG22, interiores en chapa BWG24 y la base del mismo en chapa BWG18. De medidas 1850mm de altura x 760mm de frente x 450mm de profundidad  
 Medida de la Puerta: 549mm alto x 327 mm ancho. Cada puerta llevará cerrojo para colocacion de candado.  
 En el interior llevará barral para percha, gancho y rejilla de ventilación.  
 Llevará patas de acero inoxidable de 10 cm. Será pintado color gris, con esmalte sintético secado a horno, previo fosfatizado. Las puertas serán azules.  
 Idem existentes a los que estan en el hospital

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Arquitectura Hospitalaria. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Arquitectura Hospitalaria, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 16 hs..

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

Factura de acuerdo a Orden de Compra.

Los pagos correspondientes se efectuarán por medio de la Tesorería del Hospital sitio Avenida Calchaqui 5401.

\_\_\_\_\_  
 Confeccionó

\_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello