



**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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000150**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009142/2018

Emission 14/12/2018

P. P. : 2018-00001114

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 27 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

**HORA 10:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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	RESMA DE PAPEL A4	2400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato / 25% a los 45 días / 25% a

**Observaciones:** Resma A4 <sup>los 90 días</sup> papel blanco x 500 hojas, tipo REPORT o similar  
Lo solicitado es para el 1° semestre del año 2019.-

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: SERVICIOS GENERALES. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de SERVICIOS GENERALES, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 13 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