



**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 **2024**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000015**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015702/2024

Emission 24/01/2024

P. P. : 2024-00000040

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 29 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: PROVICION MEMBRANAS OSMOSIS INVERA PARA REPUESTO liego **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	MEMBRANA PARA OSMOSIS	8	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** membrana para osmosis inversa, para alta presion de trabajo, resistente a variaciones de PH del fluido.

MEMBRANA PARA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POR OSMOSIS INVERSA

CANTIDAD: 8

PROVISION

PLANTAS DE OSMOSIS INVERSA CENTRALES

CAPACIDAD DE PRODUCCION : 1.000 LITROS POR HORA

PLANTAS MARCA BHY

MODELO : BHY - OR 44

BRIDGE HIDROGEN S.A.

CAPACIDAD DE PRODUCCION : 1.000 LITROS POR HORA

\_\_\_\_\_  
 Confeccionó

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

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



**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 **2024**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000015**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015702/2024

Emission 24/01/2024

P. P. : 2024-00000040

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 29 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: PROVICION MEMBRANAS OSMOSIS INVERA PARA REPUESTO liego **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.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

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

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