



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2021**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000201**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012395/2021

Emission 09/12/2021

P. P. : 2021-00001604

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE DICIEMBRE DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	DISPOSITIVO OCLUSOR P/ CIERRE DE DEFECTO SEPTAL AURICULAR (CIA Y FORAMEN OVAL)	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Dispositivo oclisor de defecto septal interauricular (oclisor de CIA y foramen oval permeable) de nitinol, autoexpandible, doble disco, con diámetros disponibles de 4 - 40 mm, con sistema de liberación controlada y vaina. Se deberá entregar el día de la intervención un set con las distintas medidas.

Condiciones de Contratacion:

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

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

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