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 **2024**
Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN
Contratacion Directa
2024-Cont-000022 **2024**
Número Año

Expediente 2915-015720/2024

Emision 24/01/2024
P. P. : 2024-00000135

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 31 DE ENERO DEL 2024** **HORA 09:00**
ASUNTO **Higiene y Seguridad Laboral**
Detalle: Dosimetria personal para radiaciones ionizantes 2024 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	DOSIMETRIAS PERSONAL PARA RADIACIONES IONIZANTES	3476	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciónes: Servicio de dosimetria personal para radiaciones ionizantes por metodo BeOSL premium.
Periodo de cobertura febrero a diciembre de 2024.

Frecuencia de cambio de dosimetro mensual
entrega y devolucion de dosimetros a cargo de la empresa
Sistema de alerta temprana SAT de dosis elevada
Seguimiento personalizado de dosis alta
Asesoramiento con Dto de fisica medica por parte de la empresa
Acreditaciones a presentar:
- Sistema de Gestion de Calidad ISO 9001:2015
Ejercicio de intercomparacion EURADOS/REPLOLAM/ARN
Comision Nacional de Energia Atomica CNEA/Centro egional de Referencia para Dosimetria
Ministerio de Salud de la Nacion
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.
Lugar de Entrega: Higiene y Seguridad. Los remitos serán válidos sólamente si están firmados por el área de Higiene y Seguridad, Avenida Calchaqui 5401 de 08 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

Impreso Por: nefranco