



**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 **2022**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
<b>2022-Cont-000227</b>	<b>2022</b>
Número	Año

Expediente 2915-013771/2022

Emission 27/10/2022

P. P. : 2022-00001423

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 01 DE NOVIEMBRE DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: FACTOR VII RECOMBINANTE

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	FACTOR VII RECOMBINANTE 1 MG FRASCO AMPOLLA	8	Unidad	

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

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR VII RECOMBINANTE 5 MG FRASCO AMPOLLA	4	Unidad	

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

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Medicina Transfusional. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Medicina Transfusional, 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