



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000259**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016427/2024

Emission 04/09/2024

P. P. : 2024-00001873

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 10 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Paneles sindrómicos\_Microbiología FILM ARRAY

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 | PANELES SINDRÓMICOS POR PCR MULTIPLEX | 210      | Unidad       |              |

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

**Observaciones:** Paneles sindrómicos para un mínimo de 15 target: Bacterias/ virus/ hongos/parásitos. Periodo de provisión año 2024.

Condiciones de Contratacion:

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

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