



**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-000047**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015771/2024

Emission 14/02/2024

P. P. : 2024-00000293

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 19 DE FEBRERO DEL 2024**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos médicos

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	GENERADOR DE MARCAPASOS DDD R CON SENSADO DE HIS	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Apto resonancia.

Compuesto por:

- 1 Generdor de marcapaso DDD R
- 1 catéter electrodo de fijación activa auricular
- 1 catéter electrodo de fijación activa para estimulación hisiana con sus respectivas vainas
- 2 introductores peel away 8 Fr

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Servicio de Farmacia. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Servicio de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

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

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