



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-000085	2024
Número	Año

Expediente 2915-015856/2024

Emission 08/03/2024

P. P. : 2024-00000507

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 13 DE MARZO DEL 2024**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Medicos

Comentarios:

HORA 13:00

Valor del Pliego **0,00**

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	STENT AUTOEXPANDIBLE NEUROVASCULAR DE CELDAS CERRADAS CON MICROCATETER	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Stent de nitinol de celdas cerradas formadas por 16 alambres de nitinol trenzados, con las siguientes dimensiones: 3.5 x 15 mm, con tecnología DFT, tipo L-VIS BLUE. Debe estar acompañado por un microcatéter compatible.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura 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 8-13 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