



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-000087

2024

Número

Año

Expediente 2915-015880/2024

Emission 20/03/2024

P. P. : 2024-00000624

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE MARZO DEL 2024**

HORA 10:00

ASUNTO **Dir. de Gestión de Pacientes en Red**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Traslado Sanitario Aereo

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	TRASLADO SANITARIO AÉREO (AVIÓN)	7000	Kilómetro	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Características técnicas mínimas del Avión Jet:
 Tipo Learjet o similar prestación (700 km/h aprox.).
 La capacidad puede ser menor a 8 (ocho) pasajeros, pero deberá asegurar capacidad mínima para 6 (seis) (6) pasajeros.
 Se deberá indicar tipo de avión y características del mismo.
 Es excluyente una velocidad promedio de 700 km/hora como mínimo

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Gestion de Pacientes. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Gestion de Pacientes, Avenida Calchaqui 5401 de 08 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