



**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-000096**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015878/2024

Emission 25/03/2024

P. P. : 2024-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 04 DE ABRIL DEL 2024**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Productos medicos

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	STENT AUTOEXPANDIBLE NEUROVASCULAR DE CELDAS ABIERTAS CON MICROCATETER	3	Unidad	

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

**Observaciones:** Stent de nitinol de celdas abiertas formadas por coronas con corte láser con las siguientes dimensiones: 3 - 4.5 mm de diámetro por 15 - 30 mm de longitud. Debe estar acompañado por un microcatéter compatible.

Medidas a definir al momento de la entrega.

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 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