



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000034

2019

Número

Año

Expediente 2915-009983/2019

Emission 13/12/2019

P. P. : 2019-00001050

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 27 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	KIT AFERESIS	36	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: cobe

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT AFERESIS	36	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: optia

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICOAGULANTE ACD FORMULA A BAXTER	180	Unidad	

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000034

2019

Número

Año

Expediente 2915-009983/2019

Emission 13/12/2019

P. P. : 2019-00001050

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 27 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BOLSAS DE BIOSEGURIDAD	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BOLSAS DE CRIOCONSERVACION PARA STEM CELL	336	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000034

2019

Número

Año

Expediente 2915-009983/2019

Emission 13/12/2019

P. P. : 2019-00001050

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 27 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Item N°1	DMSO ESTERIL LIBRE DE ENDOTOXINAS EN AMPOLLAS DE 50 ML 100%	18	Unidad	
----------	---	----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BOLSA DE TRANSFERENCIA 300ML	60	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 días fecha de presentacion de factura.

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

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