



**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 **2023**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Privada	
<b>2023-Priv-000035</b>	<b>2023</b>
Número	Año

Expediente 2915-014717/2023

Emission 12/06/2023

P. P. : 2023-00000925

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE JUNIO DEL 2023**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: hemoderivados

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	INMUNOGLOBULINA HUMANA 5% X 5 GRAMOS	50	Unidad	

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

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOGLOBULINA HUMANA 5% X 10 GRAMOS	50	Unidad	

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

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: MEDICINA TRANSFUSIONAL. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de MEDICINA TRANSFUSIONAL, 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.

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello