



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 **2021**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2021-Priv-000051

2021

Número

Año

Expediente 2915-012137/2021

Emission 21/09/2021

P. P. : 2021-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 30 DE SETIEMBRE DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: FERREYRA MARCELA

Valor del Pliego **0,00**

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	SISTEMA DE FIJACIÓN VIA POSTERIOR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: SISTEMA PARA FIJACION DE ESCOLIOSIS 9 NIVELES, TORNILLOS CON TULIPA EXTENDIDA MONO POLIAXIALES Y UNIPLANARES. GANCHERA COMPLETA, 2 NIVELES PARA FIJACION ILIACA, CONECTORES PELVICOS, BARRAS CROMOCOBALTO. // SET DE DESCARTABLES, DRILL A PRESTAMO.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOSIS DE SUSTITUTO OSEO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CAJAS DE PEEK	4	Unidad	

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2021**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2021-Priv-000051

2021

Número

Año

Expediente 2915-012137/2021

Emission 21/09/2021

P. P. : 2021-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 30 DE SETIEMBRE DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: FERREYRA MARCELA

Valor del Pliego **0,00**

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: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 4 CAJAS INTERSOMATICAS DE PEEK

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Internacion. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Internacion, Avenida Calchaqui 5401 de 8 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