



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 **2020**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000037

2020

Número

Año

Expediente 2915-010935/2020

Emisión 28/09/2020

P. P. : 2020-00001138

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 07 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Arquitectura**

Detalle: Mesas de almuerzo para Internaciones

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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MESA RODANTE PARA COMER EN CAMAS DE INTERNACIÓN	115	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Mesa de almuerzo para pacientes cuya estructura deberá estar construida en perfiles de acero con secciones y espesores que soporten con absoluta comodidad los esfuerzos a los que habitualmente están sometidos además de garantizar una adecuada rigidez y una larga vida útil. Pintada con pintura híbrida en polvo Epoxy-Polyester, con un espesor mayor a 100 micrones, tratadas en un horno especial a más de 200 °C. Plano superior de polímeros, fijo. Elevación automática de altura, protección plástica en la base, fijación a perilla
Base y estructura carenada
Ruedas: deberá tener 4 ruedas giratorias duales de 50 mm.
MEDIDAS: .8 X .4 X .85 X 1.1 M
Deberá incluir flete y descarga del equipamiento
Deberá presentar muestra.

Condiciones de Contratación:

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

Lugar de Entrega: Área de Arquitectura. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Área de Arquitectura, 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.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello