



**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 Pública

**2023-Pub-000045**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-00015080/2023

Emission 25/10/2023

P. P. : 2023-00001355

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 03 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Detalle: Renovación de Equipo de rayos X

Valor del Pliego **12.500,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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 | EQUIPO DE RAYOS X | 1        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** Especificaciones según Pliego.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: INGENIERIA CLINICA. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de INGENIERIA CLINICA, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 14 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