



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 Pública

2021-Pub-000056

2021

Número

Año

Expediente 2915-0011930/2021

Emission 21/07/2021

P. P. : 2021-00000833

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 03 DE AGOSTO DEL 2021**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Detalle: Sistema para ECMO

Valor del Pliego **5.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de 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	BOMBA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 120 días

Observaciones: Especificaciones técnicas según pliego

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INTERCAMBIADOR DE CALOR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 120 días

Observaciones: Especificaciones técnicas según pliego

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CARRO PARA EQUIPO MÉDICO	1	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 Pública

2021-Pub-000056

2021

Número

Año

Expediente 2915-0011930/2021

Emission 21/07/2021

P. P. : 2021-00000833

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 03 DE AGOSTO DEL 2021**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Detalle: Sistema para ECMO

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Plazo de Entrega: 120 días

Observaciones: Especificaciones técnicas según pliego

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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 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