



**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 **2017**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2017-Cont-000178**

**2017**

Número

Año

Expediente 2915-007909/2017

Emission 02/10/2017

P. P. : 2017-00001225

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE DICIEMBRE DEL 2017**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	JABÓN ESPUMA	900	Litro	

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

**Observaciones:**

Jabón espuma hipoalergenico x 800 ml cajas x 10 unidades con PH dérmico, humectante y emoliente tipo JL4 o similar.-

El insumo solicitado es para los servicios UTIA I, UTIA II , UCOI ,UCO II , RCV , UCIP , UCIA P.A , UCIA P.B , SAPC.-

Lo solicitado es para el 1° semestre del año 2018.-

**Condiciones de Contratacion:**

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

Lugar de Entrega: Servicios Generales. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicios Generales, Avenida Calchaqui 5401 de 08 a 12Hs..

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