



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2017-Cont-000030 **2017**

Número Año

Expediente 2915-007114/2017

Emisión 27/01/2017

P. P. : 2017-00000136

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 03 DE FEBRERO DEL 2017**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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 Consumidor Final

1	Reglon 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CANULA VENOSA ECMO SIMPLE LUMEN	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Canula ecmo venosa 23 Fr con conector de 3/8.

2	Reglon 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CANULA ARTERIAL ECMO SIMPLE LUMEN	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Canula ecmo arterial 21 Fr con conector de 3/8.

3	Reglon 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT DE INSERCIÓN PERCUTÁNEA P/ECMO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

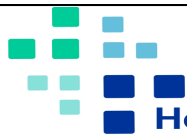
Observaciones: Kit de inserción percutánea con calibre dilatores, dilatores y cuerda de 150cm

4	Reglon 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2017-Cont-000030 **2017**

Número Año

Expediente 2915-007114/2017

Emission 27/01/2017

P. P. : 2017-00000136

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 03 DE FEBRERO DEL 2017**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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 Consumidor Final

Item N°1			Unidad	
	SET OXIGENADOR - CONO - TUBO	1		

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 08 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