



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-000086

2017

Número

Año

Expediente 2915-007236/2017

Emission 02/05/2017

P. P. : 2017-00000512

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 11 DE MAYO DEL 2017**

HORA 11:00

ASUNTO **Dir. de Servicios Técnico Asistencial**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Pte Castillo Andrea Karina

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

1	Reglon 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DISPOSITIVO DIVERSOR DE FLUJO PARA TRATAMIENTO DE ANEURISMA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: Dispositivo diversor de flujo para tratamiento de aneurisma gigante con sistema de posicionamiento y liberacion.

2	Reglon 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VAINA INTRODUTOR 7 FR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

3	Reglon 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER GUIA DE ACCESO DISTAL	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

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-000086

2017

Número

Año

Expediente 2915-007236/2017

Emission 02/05/2017

P. P. : 2017-00000512

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 11 DE MAYO DEL 2017**

HORA 11:00

ASUNTO **Dir. de Servicios Técnico Asistencial**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Pte Castillo Andrea Karina

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

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicio de Esterilizacion. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Esterilizacion, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 19 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