

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: 03 Mes: Abril Año: 2018 a las 10: 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	IBUPROFENO 2 % JARABE X 90 ML.	FRA	20000,0000		
2	INMUNOGLOBULINA G 10000 MG FCO AMP	FA	40,0000		
3	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	COM	40000,0000		
4	METILPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDOS	COM	20000,0000		
5	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG AMPOLLAS X 2 ML	AMP	30000,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 50 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: DEPOSITO DE LOGISTICA AV SARMIENTO 1535 RESISTENCIA CHACO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente