

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: 04 Mes: Abril Año: 2018 a las 10: 30 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	FACTOR VIII 500 UI FRASCO AMPOLLA	FA	25,0000		
2	FACTOR VIII 1000 U.I. Fco amp	AMP	5,0000		
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: SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO L CASTELAN- VELEZ SARFIELD 100

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente