

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: 28 Mes: Marzo Año: 2018 a las 9: 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 | OMALIZUMAB 150 MG JERINGA PRELLENADA | UN | 15,0000 | | |
| 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 DR JULIO C. PERRRANDO

DESTINO PACIENTE BARRANZA DANIEL

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente