

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: 07 Mes: Abril Año: 2016 a las 12: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	LARONIDASA 2,9 MG/5ML FRASCO AMPOLLA (EQUIVALENTE A 500 UI DE LARONIDASA EN 5 ML)	UN	20,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 58 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 IDAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO CASTELAN AV VELEZ SARFIELD 150 RCIA CHACO

DESTINO PACIENTE BENJAMIN ALEXANDER AGUILAR CARDOZO

REQUISITOS:

* DOCUMENTO DE GARANTIA DEL 1% DEL VALOR COTIZADO

* CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE PROVEEDOR DEL ESTADO

* CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE ATP Y AFIP

* CONSTANCIA DE CBU DEL NBCH

* CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR DE ATP

* PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS Y SELLADAS

SEGUNDO LLAMADO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente