

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: 06 Mes: Abril Año: 2016 a las 9: 45 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	MACITENTAN 10 MG COMPRIMIDO	COM	30,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA;; SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO L CASTELAN AV VELZ SARFIELD 150

PACIENTE: MEDINA YOHANA CAROLINA

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

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente