

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: 10 Mes: Marzo Año: 2017 a las 11: 15 Horas

Lugar apertura 8vo piso UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	HIDRATO DE CORAL X KG	UN	1,0000		
2	CREMA BASE HIDROSOLUBLE x 1 kg	POT	30,0000		
3	JARABE SIMPLE x 1 litro	BID	40,0000		
4	SORBITOL LIQUIDO AL 70 % POR 1 LITRO	BID	6,0000		
5	OXIDO DE ZINC POLVO	UN	2,0000		
6	SULFATO DE COBRE x 1 KG POLVO	BL	1,0000		
7	GLICERINA X 1 L	UN	2,0000		
8	CAPSULA GELATINA No 00 X 1000 UNIDADES	CAP	4,0000		
9	CAPSULA DE GELATINA No 0 X 1000 UNIDADES	CAP	2,0000		
10	VITAMINA A 500 X 50 GRS	UN	5,0000		
11	L-ARGININA HLL X KG	UN	1,0000		
12	POLISORBATO X KIG POLISORBATO 20 X KG	UN	1,0000		
13	Trietanolamina AL 99 % X LITRO	UN	1,0000		
14	SACARINA SODICA POLVO X 500 GRS	UN	1,0000		
15	ACIDO BORICO POLVO X KILO	UN	1,0000		
16	CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO x kg	UN	5,0000		
17	SORBATO DE POTASIO x kg	UN	1,0000		
18	DICLOFENAC SODICO X 200GRS	AMP	3,0000		
19	BENZOATO DE SODIO X KG	UN	1,0000		
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO
06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

RESISTENCIA, 06/03/2017
Concurso de Precios Nro 00246

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: 10 Mes: Marzo Año: 2017 a las 11: 15 Horas

Lugar apertura 8vo piso UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					

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 VELEZ SARFIELD 150

DESTINO: AREA DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS

SEGUNDO LLAMADO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente