

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: 24 Mes: 8 Año: 2018 a las 11: 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	INMUNOGLOBULINA 10 GR. FRASCO CON DESTINO AL PACIENTE ESQUIVEL ALEJANDRO DNI 35.223.822- HOSPITAL DR JULIO C. PERRANDO	FRA	16,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA;; SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL DR JULIO C. PERRANDO
DESTINO PAC: ESQUIVEL ALEJANDRO
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