

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: 16 Mes: Agosto Año: 2016 a las 9: 30 Horas

Lugar apertura 8VOP ISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	SET DE DERIVACION VENTRICULAR EXTERNO EXTERNO PEDIATRICO CON BOLSA Y RESERVORIO CON SISTEMA CERRADO (NEUROCIRUGIA)	UN	4,0000		
2	VALVULA NEONATAL DE MEDIANA PRESION Y DERIVACION PERITONEAL SISTEMA DE VALVULA PARA DERIVACION DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PRESION MEDIA - NEONATAL TAMA¿ ULTRASMALL	UN	4,0000		
3	VALVULA PEDIATRICA DE MEDIANA PRESION Y DERIVACION PERITONEAL SISTEMA DE VALVULA PARA DERIVACION DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PRESION MEDIA- PEDIATRICO TAMA¿ ULTRASMALL	UN	4,0000		
4	TUNELIZADOR TROCAR PEDIATRICO PARA EL SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO-PERITONEAL	UN	8,0000		
5	FIBRAS OPTICAS PARA MEDICION DE PIC PARENQUIMATOSO CEREBRAL	UN	3,0000		
6	FIBRAS OPTICAS PARA MEDICION DE PIC INTRAVENTRICULAR CEREBRAL INTERCRANEANA CON BOLSA COLECTORA DE L.C.R.	UN	3,0000		
7	FRESAS AUTOBLOQUEANTES DESCARTABLE PEDIATRICA PARA COLOCACION DE SENSOR DE P.I.C.	UN	3,0000		
TOTAL GENERAL					

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

RESISTENCIA, 09/08/2016
Licitación Privada Nro 04719

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: 16 Mes: Agosto Año: 2016 a las 9: 30 Horas

Lugar apertura 8VOP ISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

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: DEPOSITO DE FARMACIA DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO L CASTELAN -

DESTINO: SERVICIO DE NEUROCIRUGIA

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente