

**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: 29 Mes: Agosto Año: 2017 a las 11: 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINSITERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	INMUNOGLOBULINA 10 GR. FRASCO	FRA	12,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

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 ENTERGA: SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL DR JULIO C. PERRANDO  
DESTINO SERVICIO DE REUMATOLOGIA PACIENTE DE LA FUENTE HECTOR

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