

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: 04 Mes: Septiembre Año: 2017 a las 10:00 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	GANCICLOVIR 500 mg. polvo liofilizado -fco.amp.	FA	40,0000		
2	GENTAMICINA 80 MG. AMPOLLA X 2 ML.	AMP	200,0000		
3	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG. COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
4	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMPOLLA	AMP	600,0000		
5	IBUPROFENO 400 MG. COMPRIMIDOS	COM	4000,0000		
6	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 MG. COMPRIMIDO	COM	500,0000		
7	IPRATROPIO BROMURO 0.25 mg/ml x 20 ml Solucion p/nebulizar	FRA	100,0000		
8	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
9	KETOROLAC TROMETAMINA 60 MG AMPOLLAS	AMP	400,0000		
10	LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
11	LIDOCAINA AMP X 5 ML (SOLV.INDOLORO)	AMP	300,0000		
12	LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG COMP.	COM	1000,0000		
13	LORAZEPAN 2.5 MG COMP	COM	1000,0000		
14	LOSARTAN POTASICO 50 MG. -COMPRIMIDOS	COM	5000,0000		
15	MEBENDAZOL 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
16	MEPERIDINA 100 mg amp	AMP	200,0000		
17	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	COM	2000,0000		
18	METILPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
19	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG AMPOLLAS X 2 ML	AMP	1200,0000		
20	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 0.5 % GOTAS X 20 ML	FRA	200,0000		
21	METOTREXATO 15 MG FCO AMP	FA	50,0000		
22	METOTREXATO 7.5 MG.COMPRIMIDO	COM	300,0000		
23	METRONIDAZOL 500 MG. OVULOS	OVU	300,0000		
24	MICONAZOL 2 % CREMA POMO X 30 GRS	POM	100,0000		
25	NAPROXENO 500mg. -comp.	COM	500,0000		
26	NEOSTIGMINA SULFATO 0.5 MG/ ML. AMPOLLAS X 1 ML.	AMP	300,0000		
27	NISTATINA 100.000 UI COMPRIMIDOS VAGINALES	COM	200,0000		
28	NITROFURANTOINA 100 MG CAPSULAS	CAP	500,0000		
29	NOREPINEFRINA -amp.	AMP	400,0000		
30	OLANZAPINA 10 mg comp	COM	600,0000		
31	OMEPRAZOL 20 MG COMPRIMIDOS	COM	5000,0000		

TRANSPORTE

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: 04 Mes: Septiembre Año: 2017 a las 10:00 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					
32	PARACETAMOL 500 MG. COMPRIMIDOS	COM	4000,0000		
33	PIPOTIAZINA 25 MG/ML (COMO ESTER PALMITATO) AMPOLLA X 4 ML	FRA	30,0000		
34	PREGABALINA 150mg COMP.	UN	300,0000		
35	PREGABALINA 75MG COM	COM	600,0000		
36	PROGESTERONA 100 MG. CAPS BLANDAS	UN	400,0000		
37	PROMETAZINA 50MG. AMPOLLAS X 2 ML.	AMP	100,0000		
38	PROPANOLOL 40 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
39	RISPERIDONA, 3 MG COMP	UN	2000,0000		
40	SALBUTAMOL 100MCG/DOSIS AEROSOL X 200 DOSIS.	FRA	100,0000		
41	SULFADIAZINA 500 mg.	COM	500,0000		
42	TAMSULOSINA 0.4 MG CAPS	CAP	500,0000		
43	TRAMADOL 100 MG AMPOLLA	AMP	300,0000		
44	TRAMADOL 100 MG COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO 06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	RESISTENCIA, 01/09/2017 Concurso de Precios Nro 05003
---	--

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: **04** Mes: **Septiembre** Año: **2017** a las **10 : 00** Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

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 DEL HOSPITAL "DR. JULIO C . PERRANDO" - AVENIDA 9 DE JULIO 1099 - RESISTENCIA CHACO.-

REQUISITOS:

- .PRESENTAR POR DUPLICADO LA OFERTA.
- .DOCUMENTO DE GARANTÍA 1% DEL TOTAL COTIZADO.
- .CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DEL CHACO (ACTUALIZADA A LA FECHA DE LA APERTURA).
- .CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR OTORGADO POR LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA PROVINCIAL DEL CHACO (ATP) (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA).
- .CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN OTORGADO POR ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP). (ACTUALIZADA)
- .PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS SELLADAS POR EL PROPIETARIO Y/O APODERADO DE LA FIRMA
- .CONSTANCIA DE CBU NUEVO BANCO DEL CHACO
- .DOCUMENTACION DE HABILITACION POR LA A.N.M.A.T.

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente