

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

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	GLIMEPIRIDA 4MG. COMP COMPRIMIDOS RANURADOS	COM	20000,0000		
2	LINAGLIPTINA 5mg COMPRIMIDOS	COM	5000,0000		
3	METFORMINA 500 mg. -comp.	UN	100000,0000		
4	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO AP DE ACCION PROLONGADA	COM	100000,0000		
5	SITAGLIPTINA 100mg COMPRIMIDOS	COM	5000,0000		
TOTAL GENERAL					

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: DEPARTAMENTO DE LOGISTICA - AVENIDA SARMIENTO 1535 - RESISTENCIA CHACO.-

DESTINO: PARA EL PROGRAMA DE DIABETES Y NUTRICION DE HOSPITAL "DR. JULIO C. PERRANDO".-

*SEGUNDO LLAMADO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente