

**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: Octubre Año: 2017 a las 10 : 30 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	NITROFUZAZONA SOLUCION AL 0,2 % FRASCO X 1 L.	FRA	50,0000		
2	HILO DE SUTURA POLIGLATINA VICRYL N¿0 CON AGUJA	UN	144,0000		
3	HILO DE SUTURA POLIGLATINA VICRYL N¿1 CON AGUJA	UN	144,0000		
4	HILO DE SUTURA POLIGLATINA VICRYL N¿2 CON AGUJA	UN	144,0000		
5	HILO DE SUTURA POLIGLATINA VICRYL N¿3 CON AGUJA	UN	144,0000		
6	HILO DE SUTURA CATGUT CROMADO CALIBRE No2/0 CON AGUJA CURVA 25MM Y HEBRA 70CM	sut	288,0000		
7	HILO DE SUTURA CATGUT SIMPLE No1 CON AGUJA CURVA 35MM Y HEBRA DE 70CM	sut	144,0000		
8	HILO MONONYLON N¿2/0 CON AGUJA	UN	288,0000		
9	HILO MONONYLON N¿3 CON AGUJA	UN	144,0000		
10	HILO MONONYLON N¿4/0 CON AGUJA	UN	144,0000		
11	HILO MONONYLON N¿5 CON AGUJA	UN	144,0000		
12	HILO DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTO PROLENE 0	UN	144,0000		
13	HILO POLIPROPILENO MONOFILAMENTO TIPO PROLENE 4-0	ebr	144,0000		
14	VENDAS CAMBRIC 10CM.	UN	5000,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

<b>PROVINCIA DEL CHACO</b> <b>06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b> <b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>RESISTENCIA,</b> 02/10/2017 Concurso de Precios <b>Nro 05613</b>
---	--

**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: **Octubre**    Año: **2017**    a las **10 : 30** Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
<b>TRANSPORTE</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 ENTREGA: DEPOSITO DE FARMACIA DEL HOSPITAL "DR. JULIO C. PERRANDO" 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