

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: 01 Mes: Noviembre 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 | ACICLOVIR 3% GOTAS OFTALMICAS ENVASE X 5 ML. | FRA | 25,0000 | | |
| 2 | AC POLIACRILICO GEL 2 MG X 10 GR | POM | 60,0000 | | |
| 3 | CICLOSPORINA 0,05% GOTAS OFTALMICAS X 5 ML. | UN | 30,0000 | | |
| 4 | CONDROINTIN SULFATO 30 MG/ML GOTAS OFTALMICAS X 5 ML. | FRA | 100,0000 | | |
| 5 | DICLOFENAC 0.1 % GTS OFTALMICAS X 5 ML(SODICA) | FRA | 300,0000 | | |
| 6 | DORZOLAMIDA CLORHIDRATO GOTAS OFTALMICAS X 5 ML. | UN | 70,0000 | | |
| 7 | ERITROMICINA LACTOBIONATO 0,1GR/10 ML. GOTAS OFTALMICAS X 10 ML. | FRA | 700,0000 | | |
| 8 | GENTAMICINA SULFATO + CORTICOIDE 80 MG/1,5 MG GOTAS OFTALMICAS X 5 ML. | FRA | 700,0000 | | |
| 9 | TIMOLOL 0,5 % + LATANOPROST 50 MG /ML GOTAS OFTALMICAS X 2,5 ML | UN | 50,0000 | | |
| 10 | LATANOPROST 50MG/ML GOTAS OFTALMICAS 2, 5 ML | UN | 50,0000 | | |
| 11 | MOXIFLOXACINA + DEXAMETASONA GOTAS OFTALMICAS X 5 ML. | UN | 100,0000 | | |
| 12 | NATAMICINA 5% GOTAS OFTALMICAS ENVASE X 15ML | ENV | 10,0000 | | |
| 13 | OLOPATADINE 0.1% FRASCO GOTERO X 5 ML FRASCO GOTAS | UN | 60,0000 | | |
| 14 | SOLUCION DE TINCION EN BASE AZUL TRIPAN AL 0,06% EN SOLUCION SALINA AMPOLLA ESTERIL DE 1ML | UN | 15,0000 | | |
| 15 | SUSTANCIA VISCOLASTICA (LIVIANA) - HIDROXIPROPILCELULOSA GEL-JERINGA PRELLENADA PARA USO EN CIRUGIA OFTALMICA | UN | 100,0000 | | |
| 16 | TIMOLOL MALEATO 0.5% + PILOCARPINA CLORHIDRATO 2.5% GOTAS OFTALMICAS X 5 ML. | FRA | 100,0000 | | |
| 17 | TOBRAMICINA 3% GEL POMO X 5 GRS | POM | 300,0000 | | |
| 18 | TRAVOPROST 0.04 MG/ML + TIMOLOL AL 0.5% GOTAS OFTALMICAS X 2.5 ML. | UN | 50,0000 | | |
| 19 | TRAVOPROST GOTAS OFTALMICAS 0.04 MG/ML ENVASE X 3ML. | ENV | 150,0000 | | |
| 20 | AGUJA HIPODERMICA 30 G. 1/2" CAJA X 100 UNIDADES | UN | 2,0000 | | |
| 21 | APOSITO TRASPARENTE 6 X7 CM TEGADERM POLIURETANO TRANSPARENTE | UN | 600,0000 | | |
| 22 | HISOPOS ESTERILES DE OIDO ENVASE INDIVIDUAL X 150 | UN | 50,0000 | | |

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: 01 Mes: Noviembre 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 |
|----------------------|--|---------------|----------|-----------------|-------|
| TRANSPORTE | | | | | |
| | UNIDADES | | | | |
| 23 | LENTES DE CONTACTO TERAPEUTICOS (SIN AUMENTO) CAJA X 6 UNIDADES | UN | 6,0000 | | |
| 24 | HILO DE SUTURA POLIGLATINA 910 VICRYL 7,0 OFTALMOLOGICO CON DOBLE AGUJA DE 1/2 CIRCULO PUNTA CONICA CAJA X 12 UNIDADES | CJ | 2,0000 | | |
| 25 | CAMPO QUIRURGICO OFTALMOLOGICO ESTERIL AUTOADHESIVO DESCARTABLES CON BOLSA COLECTORA DE LIQUIDOS | UN | 200,0000 | | |
| 26 | BISTURI OFTALMOLOGICOS DESCARTABLES CRESCENT ANGULADO BEVEL UP CAJA X 6 UNIDADES | UN | 15,0000 | | |
| 27 | BISTURI OFTALMOLOGICO DESCARTABLES ANGULADO 3,2 MM SLIT CAJA X 6 UNIDADES | UN | 15,0000 | | |
| 28 | BISTURI OFTALMOLOGICO DESCARTABLES ANGULADO 5,2 MM SLIT CAJA X 6 UNIDADES | UN | 15,0000 | | |
| 29 | BISTURI DE 15° X 6 UNIDADES | UN | 15,0000 | | |
| 30 | BISTURI DE 30° X 6 UNIDADES | UN | 15,0000 | | |
| TOTAL GENERAL | | | | | |

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: 01 Mes: Noviembre 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 |
|-------------------|-------------|---------------|----------|-----------------|-------|
| 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 LOGISTICA - AVENIDA SARMIENTO 1535 - RESISTENCIA CHACO.-

DESTINO: SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL "DR. JULIO C. PERRANDO".-

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente