

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: 18 Mes: Septiembre Año: 2017 a las 9:00 Horas

Lugar apertura AV. VELEZ SANSFIELD 180 HOSPITAL PEDIATRICO DR. AVELINO CASTELAN RCIA. CHACO

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMP	COM	300,0000		
2	ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG. COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
3	AMLODIPINA 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
4	ATENOLOL 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
5	AZATIOPRINA 50 MG.COMPRIMIDO	COM	400,0000		
6	BACLOFENO 10 mg. -comp.	COM	400,0000		
7	CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
8	CLARITROMICINA 500MG. COMP.	UN	500,0000		
9	CLOBAZAM 10mg. -comp.-	COM	500,0000		
10	CLOTIAPINA 40MG. -COMP.-(BASE)	COM	300,0000		
11	HIDROCORTISONA 1% (BETACORT) CREMA X 15 GRS	UN	20,0000		
12	LANZOPRAZOL SUSPENSION 30MG SOBRES	SBR	3000,0000		
13	LEVOTIROXINA SODICA 50MCG COMP	COM	400,0000		
14	MEBENDAZOL 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	400,0000		
15	MEPREDNISONA 8 MG COMP.	COM	500,0000		
16	MEPREDNISONA 40MG COMP.	COM	500,0000		
17	METRONIDAZOL 500 MG. COMPRIMIDOS	COM	400,0000		
18	MUPIROCINA 2% -crema	POM	30,0000		
19	OMEPRAZOL 20 MG COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
20	PROPANOLOL 40 MG. COMPRIMIDOS	COM	400,0000		
21	RISPERIDONA COMPRIMIDOS 3 MG.	COM	200,0000		
22	SALBUTAMOL 100MCG/DOSIS AEROSOL X 200 DOSIS.	FRA	700,0000		
23	SODIO divalproato 125 mg comp	COM	400,0000		
24	SULFADIAZINA DE PLATA +LIDOCAINA+ VITAMINAA 1G/0.666 G/248,000UI CREMA POTE X 400 G. TIPO PLATSUL-A	POT	30,0000		
25	MICOFENOLATO MOFETIL 500 mg. -comp.-	COM	300,0000		
26	FENOBARBITAL SODICO 15 MG. COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
27	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETROPINA 80 MG	COM	500,0000		

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: 18 Mes: Septiembre Año: 2017 a las 9 : 00 Horas

Lugar apertura AV. VELEZ SANSFIELD 180 HOSPITAL PEDIATRICO DR. AVELINO CASTELAN RCIA. CHACO

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					
	COMPRIMIDOS				
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: 18 Mes: Septiembre Año: 2017 a las 9 : 00 Horas

Lugar apertura AV. VELEZ SANSFIELD 180 HOSPITAL PEDIATRICO DR. AVELINO CASTELAN RCIA. CHACO

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					

Plazo Entrega: 03 Dia/s

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 30 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago:

Otras condiciones:

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente