

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 9:30 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	ACICLOVIR JARABE	UN	15,0000		
2	ACIDO FOLICO GOTAS	UN	30,0000		
3	AZITROMICINA 200 mg/5 ml solucion x 30 ml	ML	100,0000		
4	DIPIRONA JBE	UN	100,0000		
5	MEPREDNISONA 4 MG/ ML GTS. FCO. X 15 ML.	UN	600,0000		
6	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 0.5 % GOTAS X 20 ML	FRA	50,0000		
7	NISTATINA 100.000 U.I./ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 60 ML.	FRA	50,0000		
8	METRONIDAZOL 200 MG / 5 ML. SUSPENSION X 120 ML.	FRA	100,0000		
9	SALBUTAMOL 0,5% GOTAS P/NEBULIZAR FRASCOS X 20 ML. FRASCOS X 10 ML.	FRA	50,0000		
10	TOBRAMICINA GTS OFT X 5 ML	FRA	50,0000		
11	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 200 MG/40 MG/5 ML JARABE X 60 ML.	FRA	300,0000		
12	DEXAMETASONA 0.1 % GTS OFTALM X 5 ML	FRA	30,0000		
13	IBUPROFENO 2 % JARABE X 90 ML.	FRA	1000,0000		
14	SALES DE REHIDRATACION EN POLVO ORAL SOBRESINDIVIDUALES X 27.9 G.	UN	400,0000		
15	VASELINA SOLIDA ENVASE X 1 KG	FRA	30,0000		
16	VASELINA LIQUIDA FCO X 1000 ML.	FRA	50,0000		
TOTAL GENERAL					

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