

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 10:00 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	ACICLOVIR 500 MG. POLVO LIOFILIZADO FRASCO AMPOLLA	FA	50,0000		
2	CLINDAMICINA 600 mg/ml amp. x 4 ml	UN	500,0000		
3	DOPAMINA CLORHIDRATO 100 MG./2.5 ML X 5 ML	AMP	100,0000		
4	GENTAMICINA 80 MG. AMPOLLA X 2 ML.	AMP	400,0000		
5	NEOSTIGMINA SULFATO 0.5 MG/ ML. AMPOLLAS X 1 ML.	AMP	100,0000		
6	LEVOFLOXACINA 500 MG FCO. AMP.	UN	50,0000		
7	PENICILINA G BENZATINICA 1.200.000 U.I. FRASCO AMPOLLA	FA	200,0000		
8	SOLUCION RINGER LACTATO SACHET X 500 ML	SAC	30,0000		
9	SODIO FOSFATO 3 MMOL/ ML. X 10 ML. AMP.	UN	20,0000		
10	TRAMADOL 50 MG. AMP.	UN	50,0000		
11	FITOMENADIONA 1 MG AMPOLLA X 1ML. VITAMINA K	AMP	100,0000		
12	SOLUCION DEXTROSA 50 % SACHET X 500 ML.	SAC	50,0000		
13	SOLUCION DE BICARBONATO DE SODIO 1 M SACHET X 100 ML.	SAC	200,0000		
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