

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: 11 Mes: Octubre 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	BETAMETASONA 0.5 mg/ml.-gotas x 15 ml.	FRA	500,0000		
2	CLORANFENICOL + COLAGENASA- UNGUENTO POMO X 50 GRS. TIPO IRUXOL	UN	15,0000		
3	BETAMETASONA 0.1% -crema X 15 GRS	SAC	50,0000		
4	FUROSEMIDA 1MG./ML. GOTAS X 15 ML.	FRA	50,0000		
5	FENOBARBITAL SODICO 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	200,0000		
6	NAPROXENO 500mg. -comp.	COM	300,0000		
7	POLVO PARA OSTOMIA x 25 Gr	UN	100,0000		
8	RISPERIDONA COMPRIMIDOS	COM	200,0000		
9	TOBRAMICINA 0.3% + DEXAMETASONA 0,1% GOTAS OFTALMICAS X 5 ML.	FRA	30,0000		
10	AZITROMICINA 500 MG COMP	COM	300,0000		
11	AMOXICILINA 500 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
12	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) 500MG + ACIDO CLAVULANICO (SAL POTASICA) 125MG COMPRIMIDOS (500MG)	COM	500,0000		
13	DIAZEPAM 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
14	DIFENHIDRAMINA 2.5 MG/ML. SUSPENSION ORAL X 120 ML.	FRA	200,0000		
15	HIDROXICINA JARABE	UN	20,0000		
16	HIDROCORTISONA 10 MG COMP	COM	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