

**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: 15 Mes: 6 Año: 2018 a las 9: 30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	TIPS BLANCOS TIPO DIAMED VOLUMEN 50 UL x 1000 UNIDAD	BL	8,0000		
2	TIPS AMARILLOS VOLUMEN 200 UL TIPO QTY (BOLSA x 1000 UNIDADES).	BL	15,0000		
3	TIPS CONDUCTIMETRICO TIPO DIASOLIN 300 UL x 192 UNIDADES.	UN	180,0000		
4	TIPS CONDUCTIMETRICO TIPO DIASOLIN 1100 UL x 192 UNIDADES.	UN	30,0000		
5	ANTI A MONOCLONAL x 10 ML PARA MICROPLACA TIPO REDIAR.	EQ	55,0000		
6	ANTI B MONOCLONAL x 10 ML. PARA MICROPLACA TIPO REDIAR	FRA	55,0000		
7	ANTI AB MONOCLONAL x 10 ML PARA MICROPLACA TIPOR REDIAR.	FRA	40,0000		
8	ANTI-D I, IgM MONOCLONAL x 10 ML PARA MICROPLACA TIPO REDIAR.	EQ	40,0000		
9	ANTI-D II IgM MONOCLONAL x 10 ML. PARA MICROPLACA TIPO REDIAR.	EQ	40,0000		
10	CONTROL RH x 10 ML.	EQ	40,0000		
11	TARJETA DE MICROPLACA x 100 CON COBERTOR DE BIOSEGURIDAD.	CJ	15,0000		
12	TARJETAS LISS GEL COOMBS x 50 UNIDAD.	CJ	75,0000		
13	REFERENCELL 2x10 ML. INMUNCOR POOL A, B	EQ	30,0000		
14	POOL DE A1 Y B (2x10 ML) TECNICA DE MICROPLACA.	FRA	9,0000		
15	LISS PRESERVANTE x 100 ML.	CJ	40,0000		
16	HTLV x 192 DETERMINACIONES DIAPRO.	UN	25,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

<b>PROVINCIA DEL CHACO</b> <b>06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b> <b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>RESISTENCIA,</b> Licitación Privada	06/06/2018 <b>Nro 03115</b>
---	---	--------------------------------

**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: 15 Mes: 6 Año: 2018 a las 9: 30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
<b>TRANSPORTE</b>					

Plazo Entrega: 30 - Día/s

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: AVDA.9 DE JULIO 1099 RCIA. CENTRO ESPECIALIZADO EN HEMOTERAPIA HOSPITAL DR. JULIO C. PERRANDO  
 DEBERAN PRESENTAR:  
 DOCUMENTO DE GARANTIA DEL 1% DEL TOTAL COTIZADO  
 CONSTANCIA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PROVEEDOR ACTUALIZADA  
 CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR ATP ACTUALIZADA  
 CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE ATP  
 CONSTANCIAS DE INSCRIPCION AFIP ACTUALIZADA  
 CONSTANCIA DE CBU DE CUENTA BANCARIA NUEVO BANCO DEL CHACO S.A. PERSONALIZADA.  
 PORDER ESPECIAL DE LOS FIRMANTES AUTORIZADOS  
 CONSTANCIA DE RENUNCIAN A LOS FUEROS FEDERALES DE LOS PROVEEDORES QUE NO ESTEN RADICADO EN LA PROVINCIA.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente