

**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: 19 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	AFP CALSET GEN II TIPO COBAS ROCHE x 10 CAL	KIT	1,0000		
2	AFP GEN II x 100 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE.	KIT	2,0000		
3	CA 125 II x 100 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE.	KIT	2,0000		
4	CA 125 CALSET GEN II x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
5	CA 15-3 II POR ECLIA TIPO COBAS ROCHE x 100	KIT	1,0000		
6	CA 15-3 CALCET GEN II x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
7	CA 19-9 x 100 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE.	KIT	2,0000		
8	CA 19-9 CALSET GEN II x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
9	CEA x 100 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
10	CEA CALSET GEN II 10 CAL	KIT	1,0000		
11	PSA POR ECLIA GEN 2 1 TIPO COBAS ROCHE x 100	KIT	3,0000		
12	PSA CALSET GEN 2.1 x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
13	Ig E POR ECLIA	KIT	3,0000		
14	IG E CALSET.	UN	1,0000		
15	AC. CONTRA RECEPTORES DE TSH TIPO COBAS	KIT	1,0000		
16	KIT ELECSYS CALSET VIT D X ECLIA	UN	1,0000		
17	ELECSYS VIT D POR ECLIA	KIT	2,0000		
18	PROLACTINA x 100 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE.	UN	2,0000		
19	PROLACTINA CALCET II x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE.	KIT	1,0000		
20	T3 ELECSYS 200 DET	KIT	8,0000		
21	T3 CALSET 10 CAL	KIT	1,0000		
22	TSH x 200 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE	KIT	10,0000		
23	TSH CALSET x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE.	KIT	1,0000		
24	FT4 II POR ECLIA TIPO COBAS ROCHE x 200	KIT	5,0000		
25	FT4 II CALSET x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
26	T4 x 200 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE.	KIT	8,0000		
27	T4 CALSET x 10 CAL TIPO COBAS ROCHE.	KIT	1,0000		
28	INSULINA POR ECLIA	KIT	2,0000		
29	INSULINA CALSET x 10 CAL	KIT	1,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

<b>PROVINCIA DEL CHACO</b> <b>06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b> <b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>RESISTENCIA,</b> 07/06/2018 Licitación Privada <b>Nro 03136</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: **19** 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. MALVINAS 1350 PCIA.R.S.PEÑA HOSPITAL 4 DE JUNIO DR.  
RAMON CARRILLO  
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