

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: 27 Mes: Julio Año: 2016 a las 10: 30 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	SUPER SCRIPT III PLATINIUM CAT.NO 11732-088 INVITROGEN ONE STEPQRT-PCR SYSTEM 500	KIT	2,0000		
2	AGUA ULTRAPURE CON RNAsa DNAsa x 1 LITRO.	BOT	5,0000		
3	PURE LINK TM RNA MINI KIT CAT.NO12183018A INVITROGEN	KIT	5,0000		
4	QIAamp VIRAL RNA MINI KIT (250 REACTIONS) CAT.NO 52906 QIAGEN	KIT	5,0000		
5	HIGH PURE VIRAL NUCLEIC ACID KIT (100 REACTIONS) REF.118588740	KIT	1,0000		
6	AXY PREP TM BODY FLUID VIRAL DNA/RNA MINIPREP KIT CAT.NO APMN-BFVNA-250	KIT	3,0000		
7	EPENDORF DNA-RNA FREE 1,5ML.	tub	5000,0000		
8	STRIP DE EPENDORFF PARA PCR REAL TIME.	tub	5000,0000		
9	PROPIPETA	UN	6,0000		
10	FICOLL PAQUE PLUS (6x100ML) GE TIPO GE HEALTHCARE.	UN	1,0000		
11	SERVICIO DE SINTESIS DE OLIGONUCLEOTIDOS A DEMANDA LIBRE DE SALES ESCALA 0,05 UMOL POR BASE (TUBOS) tipo operon cod.cds.	UN	624,0000		
12	R WOBBLE (A+G) TUBE 0,05 UMOL TIPO OPERON.	UN	2,0000		
13	Y WOBBLE (C+T) TUBE 0,05 UMOL TIPO OPERON.	UN	2,0000		
14	K WOBBLE (G+T) TUBE 0,05 UMOL TIPO OPERON.	UN	1,0000		
15	3' BQH 1+5' 6-FAM TUBE 0,05 UMOL TIPO OPERON COD.BHQ1A6FA.	UN	5,0000		
16	3' BQH 1+5' HEX TUBE 0,05 UMOL TIPO OPERON COD. BHQ1A5HE.	UN	5,0000		
17	3' BQH 2+5' Cy5 TUBE 0,05 UMOL TIPO OPERON COD.BHQ2acy50.	UN	2,0000		
TOTAL GENERAL					

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: 27 Mes: Julio Año: 2016 a las 10: 30 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: H.IRIGOYEN 800 RCIA HOSPITAL PEDIATRICO DR. AVELINO L. CASTELAN

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