

**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: 29 Mes: Julio Año: 2016 a las 11: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI A MONOCLONAL x 10 ML PARA TUBO T/BIOTEST O SIM.	FRA	200,0000		
2	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI AB MONOCLONAL X 10 ML. PARA MICROPLACA T/ BIOTEST/WIENER O SIM	FRA	30,0000		
3	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI B MONOCLONAL X 10 ML. PARA MICROPLACA T/ BIOTEST/WIENER O SIM	FRA	200,0000		
4	SUERO HEMOCLASIFIC. ANTI D (ANTI-IGG-IGM)MONOCLONAL X 10 ML. T/DIAMED/WIENER O SIM	UN	300,0000		
5	SUERO DE COOMBS MONOESPECIFICO-IgG x 10 ML T/DIAMED	UN	20,0000		
6	SUERO DE COOMBS MONOESPECIFICO C3d C3b x 5 ML T/DIAMED	UN	10,0000		
7	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI c x 5 ML T/BIOTEST O SIM.	UN	15,0000		
8	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI E x 10 ML T/BIOTEST O SIM.	UN	15,0000		
9	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI e x 10 ML. TIPO BIOTEST O SIMILAR	FRA	15,0000		
10	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI C X 10 ML. TIPO BIOTEST O SIMILAR.	FRA	15,0000		
11	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI CDE x 10 ML T/BIOTEST O SIM.	UN	30,0000		
12	PANEL CELULAR DETECTOR DE AC ( 3 FRASCOS X 10 ML) CONCENTRACION 2-5 %	CJ	6,0000		
13	PANEL CELULAR IDENTIFICADOR DE AC (11 FCOS X 4 ML)CONCENTRACION PARA TECNICA DE GEL	UN	6,0000		
14	SUERO DE COOMBS POLIESPECIFICO (anti-IgG C3d) x 10 ML COLOR VERDE T/ DIAMED O SIM.	UN	100,0000		
15	LISS (SOLUCION DE BAJA FUERZA IONICA) X 10 ML T/GAMMA O SIM.	UN	100,0000		
<b>TOTAL GENERAL</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: 29 Mes: Julio Año: 2016 a las 11: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
<b>TRANSPORTE</b>					

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: AVDA.9 DE JULIO 1099 RCIA CENTRO PROIVINCIAL DE HEMOTERAPIA 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