

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: 17 Mes: Agosto Año: 2017 a las 9: 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	ANTI TIROGLOBULINA (TG) POR ECLIA	KIT	4,0000		
2	ANTI TIROPEROXIDASA (TPO) POR ECLIA	KIT	8,0000		
3	T4 2ª GENERACION POR ECLIA	EQ	16,0000		
4	KIT T4L X ECLIA	UN	10,0000		
5	KIT PRL X ECLIA	UN	4,0000		
6	KIT T=0 II X ECLIA	UN	2,0000		
7	KIT CORTISOL X ECLIA	UN	3,0000		
8	KI VIT D x ECLIA	UN	3,0000		
9	KIT ESTRADIOL x ECLIA.	KIT	4,0000		
10	KIT SHBG X ECLIA	UN	2,0000		
11	KIT INSULINA x ECLIA	KIT	2,0000		
12	KIT FSH x ECLIA.	KIT	2,0000		
13	KIT IgE x ECLIA.	UN	1,0000		
14	KIT LH x ECLIA.	UN	2,0000		
15	KIT PROGESTERONA x ECLIA.	UN	2,0000		
16	KIT PTH x ECLIA.	UN	2,0000		
17	KIT TG x ECLIA.	UN	3,0000		
TOTAL GENERAL					

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 DE APLICACIONES BIONUCLEARES
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.

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: 17 Mes: Agosto Año: 2017 a las 9: 00 Horas

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

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
TRANSPORTE					

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente