

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: 12 Mes: Diciembre Año: 2016 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	ALBUMINA TIPO COBAS ROCHE x 300 DET.	KIT	6,0000		
2	AMILASA TOTAL TIPO COBAS ROCHE x 300 DET. COBAS C311	KIT	10,0000		
3	AST IFCC TIPO COBAS ROCHE x 500	KIT	12,0000		
4	ALTL TIPO COBAS ROCHE x 500	KIT	12,0000		
5	BILIRRUBIN-D TIPO COBAS ROCHE x 350	KIT	25,0000		
6	BILIRUBIN-T TIPO COBAS ROCHE x 250	KIT	50,0000		
7	CALCIUM TIPO COBAS ROCHE x 300	KIT	10,0000		
8	CHOLESTEROL TIPO COBAS ROCHE x 400	KIT	10,0000		
9	CHOLESTEROL HDL3 TIPO COBAS ROCHE x 200 DET.COD.4399803190	KIT	8,0000		
10	CHOLESTEROL LDL TIPO COBAS ROCHE x 175	KIT	8,0000		
11	CK-NAC TIPO COBAS ROCHE x 200	KIT	4,0000		
12	CREATININE JAFFE TIPO COBAS ROCHE x 700	KIT	8,0000		
13	ALP2L (IFCC) TIPO COBAS ROCHE x 400	KIT	12,0000		
14	GLUCOSE HK 800 TIPO COBAS ROCHE x 800	KIT	30,0000		
15	LDH OPT TIPO COBAS ROCHE x 300	KIT	4,0000		
16	MAGNESIUM TIPO COBAS ROCHE x 250	KIT	4,0000		
17	TOTAL PROTEIN TIPO COBAS ROCHE x 200	KIT	6,0000		
18	UREA/BUN x 500 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE.	KIT	40,0000		
19	URIC ACID TIPO COBAS ROCHE x 400	KIT	8,0000		
20	U/CSF TIPO COBAS ROCHE x 150	KIT	2,0000		
21	ASLO TIPO COBAS ROCHE x 150	KIT	2,0000		
22	CRPL3/C REACTIVE PROTEIN GEN 3 COBAS x 250 DETERMINACIONES.	KIT	14,0000		
23	HbA1c (TQ) GEN 3 TIPO COBAS ROCHE x 150 DET.	KIT	4,0000		
24	Hba1c HEMOLISANTE WV x 800 ML. TIPO COBAS ROCHE	KIT	4,0000		
25	IgA TIPO COBAS ROCHE x 150	KIT	4,0000		
26	IgM TIPO COBAS ROCHE x 150	KIT	2,0000		
27	IgG TIPO COBAS ROCHE x 150	KIT	2,0000		
28	RF II TIPO COBAS ROCHE x 100	KIT	2,0000		
29	ISE DILUENT GEN2 TIPO COBAS ROCHE 5x300 ML.	KIT	1,0000		
30	ISE INTERNAL STANDARD GEN2 TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
TRANSPORTE					

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: 12 Mes: Diciembre Año: 2016 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					
	5x600ML.				
31	REF ELECTRODO DE SOLUTION (CIK) TIPO COBAS ROCHE 5x300 ML.	KIT	2,0000		
32	STAND HIGH TIPO COBAS ROCHE 10x3 ML.	KIT	1,0000		
33	STAND LOW TIPO COBAS ROCHE 10x3 ML.	KIT	1,0000		
34	ISE REF. ELECTRODE TIPO COBAS ROCHE	KIT	1,0000		
35	SODIO ELECTRODO/HIT 911/912/902	KIT	1,0000		
36	POTASIO ELECTRODO/HIT 911/912/902	KIT	1,0000		
37	COLORO ELECTRODO II (ISE CARTRIDGE)	KIT	1,0000		
38	NaOH-D BASIC WASH 2x1,8	KIT	6,0000		
39	ACID WASH SOLUTION TIPO COBAS ROCHE 2x1800 ML.	KIT	3,0000		
40	SMS (SELECTIVE MODE SOLUTION) COBAS C TIPO COBAS ROCHE UNIDAD	KIT	5,0000		
41	ECOTERGENT C311	UN	8,0000		
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: 12 Mes: Diciembre Año: 2016 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					

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.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