

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: 22 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	CLOT CATCHER PARA AUTOANALIZADOR OMNI C	UN	8,0000		
2	FINTIPS ST ART 1,25ML 100 UNIDADES	CJ	1,0000		
3	FLUIDO DEL SISTEMA 1X5 ML	UN	3,0000		
4	SNAPPAK 9180 9181 PARA ANALIZADOR DE ELECTROLITOS AVL 9180	UN	4,0000		
5	SODIUM ELECTRODE CONDITION ER 100M	KIT	1,0000		
6	SOL. CLEANING A 100 ML	KIT	1,0000		
7	SOLUCION C1 PARA AUTOANALIZADOR OMNI C	UN	4,0000		
8	SOLUCION C2 PARA AUTOANALIZADOR OMNI C	UN	3,0000		
9	SOLUCION C3 PARA AUTOANALIZADOR OMNI C	UN	8,0000		
10	URINE DILUENT 1*430 ML	KIT	2,0000		
11	REFERENCE MICRO ELECTRODE.	UN	1,0000		
12	SENSOR GLUCOSA/LCTATO/UREA PARA AUTOANALIZADOR OMNI S	KIT	2,0000		
13	S1 RINSE SOLUTION 2 PCS PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S	UN	2,0000		
14	S2 FLUID PACK 1 PC PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S	UN	3,0000		
15	S3 FLUID PACK 1 PC PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S	UN	3,0000		
16	COMBITROL PLUS NIVEL 1 PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S SX30PCS	EQ	2,0000		
17	COMBITROL PLUS NIVEL 2 PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S SX30PCS	EQ	2,0000		
18	COMBITROL PLUS NIVEL 3 PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S SX30PCS	EQ	2,0000		
19	PRINTER PAPER PARA ANALIZADOR AUTOMATICO OMNI S SX6PCS	UN	2,0000		
20	AMPOULE ADAPTADOR x 150 PCS	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: 22 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: 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