

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: 10 Mes: Marzo Año: 2016 a las 11 : 00 Horas

Lugar apertura MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - UNIDAD DE CONTRATACIONES - CASA DE GOBIERNO - 8.VO
PISO- RCIA-CHACO.

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	PAZOPANIB 400MG COMP	COM	3,0000		
2	PAZOPANIB 200 MG COMP	COM	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: HOSPITAL PEDIATRICO "DR. AVELINO L. CASTELAN" - SERVICIO DE FARMACIA - AV. VELEZ SARFIEL 150 - RESISTENCIA - PROVINCIA DEL CHACO.

DESTINO:

PACIENTE: SARABIA, FERNANDO - D.N.I. N° 42.987.447. -

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente