

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 : 30 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	VEMURAFENIB 240MG X 56 COMP	CJ	4,0000		
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: BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS - HOSPITAL "DR. JULIO C. PERRANDO"
- AV. 9 DE JULIO 1099 - RESISTENCIA - PROVINCIA DEL CHACO.

DESTINO:

PACIENTE: ARANDA, DELIA BEATRIZ - D.N.I. Nº 20.658.249. - SS. DE ONCOLOGIA.

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente