

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: Marzo Año: 2018 a las 10:30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO.-

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	CICLOSPORINA P/MICROEMULSION 100 MG CAPSULAS	CAP	1000,0000		
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: SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL PEDIATRICO "DR. AVELINO L. CASTELAN" - RESISTENCIA CHACO.-

DESTINO: PARA LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL MENCIONADO NOSOCOMIO.-

REQUISITOS:

- .PRESENTAR POR DUPLICADO LA OFERTA.
- .DOCUMENTO DE GARANTÍA 1% DEL TOTAL COTIZADO.
- .CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DEL CHACO (ACTUALIZADA A LA FECHA DE LA APERTURA).
- .CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR OTORGADO POR LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA PROVINCIAL DEL CHACO (ATP) (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA).
- .CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN OTORGADO POR ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP). (ACTUALIZADA)
- .PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS SELLADAS POR EL PROPIETARIO Y/O APODERADO DE LA FIRMA
- .CONSTANCIA DE CBU NUEVO BANCO DEL CHACO
- .DOCUMENTACION DE HABILITACION POR LA A.N.M.A.T.

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente