

**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: 23 Mes: Febrero Año: 2018 a las 11 : 00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Ren.	Descripción	Unidad Medida	Cantidad	Precio unitario	Total
1	AMINOACIDOS 10% FRASCO / SACHET X 500ML.	SAC	80,0000		
2	SODIO FOSFATO DISODICO X10MOL DE P/ML X 10 ML	UN	50,0000		
3	SULFATO DE ZINC ZN/ML 10 ML	AMP	50,0000		
4	SULFATO DE MANGANESO (0,1 mg DE mn/ml) 10 ML	UN	50,0000		
5	SOLUCION DE CLORURO DE CROMO 4MCG/ML ENVASE X 10 ML.	FRA	30,0000		
6	SOLUCION DE ACIDO SELENIOSO A 40 MCG/ML ENVASE X 10 ML	FRA	50,0000		
7	SOLUCION DE MOLIBDATO DE AMONIO 25MCG/ML ENVASE X 10 ML	AMP	50,0000		
8	MULTIVITAMINAS LIOFILIZADO INYECTABLE PARA INFUSION INTREVENOSA T/RIVAL PEDIATRICO	UN	100,0000		
9	LIPIDOS AL 20% X 250 ML. SMOF 200 mG/ml	UN	40,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 30 Dia/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO L CASTELAN

\*CUARTO LLAMADO

REQUISITOS:

\* DOCUMENTO DE GARANTIA DEL 1% DEL VALOR COTIZADO

\* CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE PROVEEDOR DEL ESTADO

\* CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE ATP Y AFIP

\* CONSTANCIA DE CBU DEL NBCH

\* CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR DE ATP

\* PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS Y SELLADAS

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable Dir. Administración

\_\_\_\_\_  
Firma proponente