

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: 01 Mes: 4 Año: 2019 a las 10: 45 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	CARMUSTINA 100 MG FRASCO AMPOLLA	UN	6,0000		
2	MELFALAN 50 MG FRASCO AMPOLLLA	UN	6,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS HOSPITAL DR JULIO C. PERRANDO - PACIENTE CORZO FACUNDO

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