

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: 20 Mes: 12 Año: 2018 a las 9: 00 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES 8VO PISO DE CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	PROTESIS -ESPECIFICAR IMPLANTE MICROTTEXTURIZADO CON GEL DE MIGRACION BAJA DE 400 CC DE PERFIL MEDIA TIPO EUROSILICONE. PACIENTE: PEREIRA, SANDRA DEL CARMEN DNI N°20.094.112- HOSPITAL "DR. JULIO C. PERRANDO"	UN	1,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: 30 - Día/s

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 30 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago:

Otras condiciones:

DOCUMENTO DE GARANTÍA
CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES
CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR DE ATP
CONSTANCIA DE CBU DEL NUEVO BANCO DEL CHACO
CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP
PLIEGO DE CONDICIONES GENERALES FIRMADO Y SELLADO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente