

**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		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

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