

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: 1 de Octubre del 2021 a las 12:45 Horas

Lugar apertura MINISTERIO DE SALUD PUBLICA UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO 8VO PISO
 RCIA CHACO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 0 A 250 ML HOSPITAL PERRANDO	UN	600,0000		
2	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 251 A 500 ML HOSPITAL PERRANDO	UN	120,0000		
3	FORMULA DE NUTRICION PARENTERAL DE 501 A 750 ML HOSPITAL PERRANDO	UN	60,0000		
4	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 1001 A 2000ML HOSPITAL PERRANDO	UN	240,0000		
5	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 0 A 250 ML HOSPITAL DEL BICENTENARIO GRAL GUEMES	UN	40,0000		
6	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 251 A 500 ML HOSPITAL DEL BICENTENARIO GRAL GUEMES	UN	40,0000		
7	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 1001 A 2000ML HOSPITAL DEL BICENTENARIO GRAL GUEMES	UN	40,0000		
8	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 0 A 250 ML HOSPITAL 4 DE JUNIO PCIA ROQUE SAENZ PEÑA	UN	40,0000		
9	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 251 A 500 ML HOSPITAL 4 DE JUNIO PCIA ROQUE SAENZ PEÑA	UN	40,0000		
10	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 1001 A 2000ML HOSPITAL 4 DE JUNIO PCIA ROQUE SAENZ PEÑA	UN	80,0000		
11	FORMULA PARA NUTRICION PARENTERAL DE 251 A 500 ML HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO L CASTELAN	UN	80,0000		
12	FORMULA DE NUTRICION PARENTERAL DE 501 A 750 ML HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO L CASTELAN	UN	90,0000		
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO
06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

RESISTENCIA, 30/09/2021
Contratación Directa Nro 06431

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: 1 de Octubre del 2021 a las 12:45 Horas

Lugar apertura MINISTERIO DE SALUD PUBLICA UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO 8VO PISO
RCIA CHACO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					

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: HOSPITALES PERRANDO, GRAL GUEMES, SAENZ PEÑA, PEDIATRICO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente