

<b>PROVINCIA DEL CHACO</b> <b>06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b> <b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>RESISTENCIA,</b> Contratación Directa	10/11/2021 <b>Nro 07222</b>
---	---	--------------------------------

**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:** 11 de Noviembre del 2021 a las 13:00 Horas

**Lugar apertura** UNIDAD DE CONTRATACIONES 8VO PISO CASA DE GOBIERNO REISISTENCIA CHACO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	VORICONAZOL 50 MG COMPRIMIDOS. VORICONAZOL 50 MG COMPRIMIDOS DESTINADO AL PACIENTE:SANTINO KALETH POMA DNI:54.679.682	COM	400,0000		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

**Plazo Entrega:** Inmediato

**Queda Ud. invitado**

**Mantenimiento de la oferta:** 50 Día/s

**Saludo a Ud. Atte.**

**Condiciones de pago:** 30 DIAS

**Otras condiciones:**

- DESTINADO AL PACIENTE SANTINO KALETH POMA DNI:54.679.682  
LUGAR DE ENTREGA:SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO "DR.AVELINO L.CASTELAN"  
COTIZAR CON STOCK DISPONIBLE
1. PRESENTAR POR DUPLICADO LA OFERTA.
  2. DOCUMENTO DE GARANTÍA 1% DEL TOTAL COTIZADO.
  3. DECLARACION JURADA DE LA RENUNCIA DE LOS FUEROS FEDERALES PARA EMPRESAS FUERA DE LA PROVINCIA Y DE NO ENCONTRARSE EN LAS CAUSALES DE INCOMPATIBILIDAD ESTABLECIDAS EN EL REGIMEN DE CONTRATACIONES VIGENTES DE LA PROVINCIA DEL CHACO.-
  4. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DEL CHACO (ACTUALIZADA A LA FECHA DE LA APERTURA).
  5. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN ATP (ACTUALIZADA)
  6. CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR OTORGADO POR LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA PROVINCIAL DEL CHACO (ATP) --- (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA).
  7. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN OTORGADO POR ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP). (ACTUALIZADA)
  8. PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS SELLADAS POR EL PROPIETARIO Y/O APODERADO DE LA FIRMA (ADJUNTAR, PODER ESPECIAL A FAVOR DEL FIRMANTE)
  9. CBU NUEVO BANCO DEL CHACO
  10. CERTIFICADO DE GS1-TRAZABILIDAD
  11. CERTIFICADO ANMAT PARA TRANSITO INTERJURIDICCIONAL.

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

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

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