

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: 26 de Enero del 2021 a las 10:00 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	SERVICIO HOSPITALARIO (ESPECIFICAR INSTITUCION) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR (EMBOLOZACION) DE ANEURISMA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA DERECHA, DESTINADO A LA PACIENTE CONTRERAS MABEL DNI N° 17.896.218	UN	1,0000		
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:

REQUISITOS

1. PRESENTAR POR DUPLICADO.
2. DOCUMENTO DE GARANTÍA 1% DEL TOTAL COTIZADA.
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 INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DEL CHACO (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA)
5. CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR OTORGADO POR LA ADMINISTRACION TRIBUTARIA PROVINCIAL DEL CHACO (ATP)- (ACTUALIZADA A LA FECHA DE APERTURA).
6. CONSTANCIA DE INSCRIPCION OTORGADO POR ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) (ACTUALIZADA)
7. CONSTANCIA DE INCRIPCION DE ATP ACTUALIZADA.
8. PLIEGOS Y CLAUSULAS FIRMADAS Y SELLADAS POR EL PROPIETARIO Y/O APODERADO DE LA FIRMA (ADJUNTAR PODER ESPECIAL A FAVOR DEL FIRMANTE)
9. CBU NUEVO BANCO DEL CHACO

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente