

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: 11 Mes: 3 Año: 2019 a las 11: 30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	PREGABALINA 150mg COMP.	UN	500,0000		
2	PREGABALINA 75MG COM	COM	1500,0000		
3	PROGESTERONA 100 MG. CAPS BLANDAS	UN	1000,0000		
4	TAMSULOSINA 0.4 MG CAPS	CAP	1000,0000		
5	VITAMINA E 200 MG CAPS	CAP	300,0000		
6	ACICLOVIR 800 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
7	AMLODIPINA 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	4000,0000		
8	AMOXICILINA (TRIHDRATO) 500MG + ACIDO CLAVULANICO (SAL POTASICA) 125MG COMPRIMIDOS (500MG)	COM	7000,0000		
9	ATENOLOL 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
10	AZATIOPRINA 50 MG.COMPRIMIDO	COM	1000,0000		
11	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 MG. COMPRIMIDOS	COM	2500,0000		
12	BROMAZEPAN 3 MG. COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
13	CARBAMAZEPINA 200 MG. COMPRIMIDOS	COM	5000,0000		
14	CARVEDILOL 25 mg comp	COM	3000,0000		
15	CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDOS	COM	3000,0000		
16	CLONAZEPAN 2 MG COMPRIMIDOS	COM	6000,0000		
17	DIAZEPAM 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	4000,0000		
18	DICLOFENAC SODICO 75 MG. COMP	COM	13000,0000		
19	DIFENHIDRAMINA 50MG. COMPRIMIDO	COM	1000,0000		
20	FENITOINA SODICA 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	4000,0000		
21	FENOBARBITAL SODICO 100 MG. COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
22	FUROSEMIDA 40 MG. COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
23	HALOPERIDOL 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
24	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG. COMPRIMIDOS	COM	1500,0000		
25	HIDROXICLOROQUINA 200 mg. -comp.-	COM	4000,0000		
26	HIERRO + ACIDO FOLICO COMPRIMIDOS	COM	9000,0000		
27	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10 MG COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
28	ISOXUPRINA CLORHIDRATO 10 MG. COMPRIMIDOS	COM	300,0000		
29	LAMOTRIGINA 100 MG. COMPRIMIDOS (T/ LITRIGIN)	COM	4000,0000		
30	LEVETIRACETAM 1000 MG. COMP.	UN	2000,0000		
31	LEVOMEPRMAZINA 25 MG. BASE (C/ MALEATO)	COM	3000,0000		
32	LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG COMP.	COM	2000,0000		
33	LORATADINA 10 MG COMP	COM	1000,0000		

TRANSPORTE

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: 11 Mes: 3 Año: 2019 a las 11: 30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA CHACO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					
34	LORAZEPAN 2.5 MG COMP	COM	4000,0000		
35	LOSARTAN POTASICO 50 MG. -COMPRIMIDOS	COM	9000,0000		
36	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	COM	2000,0000		
37	METILPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
38	MICOFENOLATO MOFETIL 500 mg. -comp.-	COM	1500,0000		
39	NAPROXENO 500mg. -comp.	COM	500,0000		
40	NIFEDIPINA 10 mg. -comp.	COM	1000,0000		
41	OLANZAPINA 10 mg comp	COM	1500,0000		
42	OXCARBAZEPINA 300 MG. COMPRIMIDOS	COM	500,0000		
43	PAROXETINA CLORHIDRATO 20MG COMPRIMIDOS	COM	1500,0000		
44	QUETIAPINA 100 mg comp.	COM	1000,0000		
45	RANITIDINA CLORHIDRATO 150 MG. COMPRIMIDOS	COM	6000,0000		
46	RISPERIDONA, 3 MG COMP	UN	5000,0000		
47	SERTRALINA CLORHIDRATO 100 MG COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
48	SILDENAFIL 50 MG. COMP.	COM	200,0000		
49	SULFAMETOXAZOL 160MG + TRIMETOPRIMA 800MG COMPRIMIDO	UN	2000,0000		
50	TRAMADOL 100 MG COMPRIMIDOS	COM	1000,0000		
51	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG COMP.	COM	1000,0000		
52	VITAMINA COMPLEJO B (B1/B6/B12/NICOTINAMIDA)50/20/0,1/40MG COMPRIMIDOS	COM	2000,0000		
53	VITAMINA D3 0.25 mg comp	COM	800,0000		
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO 06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	RESISTENCIA, 07/03/2019 Licitación Privada Nro 01245
---	---

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: 11 Mes: 3 Año: 2019 a las 11: 30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES - 8VO PISO - CASA DE GOBIERNO - RESISTENCIA 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: SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL "DR. JULIO C. PERRANDO" - RESISTENCIA CHACO.-

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente