

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: 23 de Octubre del 2019 a las 09:30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	ARCHITEC ABBOTT AUSAB CONTROL	EQ	1,0000		
2	ARCHITEC ABBOTT AUSAB CALIBRACION	EQ	1,0000		
3	ARCHITEC ABBOTT AUSAB RGT x 100 DETERMINACIONES	EQ	3,0000		
4	ARCHITEC ABBOTT HCV CONTROL	EQ	1,0000		
5	ARCHITEC ABBOTT HCV CALIBRADOR	EQ	1,0000		
6	ARCHITEC ABBOTT HCV RGT x 400 DETERMINACIONES	EQ	10,0000		
7	ARCHITEC ABBOTT HBSAG CONTROL	UN	1,0000		
8	ARCHITEC HBsAG CALIBRADOR ABBOTT	EQ	2,0000		
9	ARCHITEC ABBOTT HBsAG RGT x 400 DETERMINACIONES	EQ	8,0000		
10	ARCHITEC HIV COMBO CALIBRACION	EQ	2,0000		
11	ARCHITEC HIV COMBO CONTROL	EQ	2,0000		
12	ARCHITEC ABBOTT HIV COMBO RGT. x 400 test	EQ	8,0000		
13	ARCHITEC ABBOTT CMV-IGG CALIBRACION	EQ	1,0000		
14	ARCHITEC ABBOTT CMV-G CONTROL	EQ	1,0000		
15	ARCHITEC ABBOTT CMV-G RGT x 100 DETERMINACIONES.	EQ	3,0000		
16	ARCHITEC ABBOTT CMV-M CAL.	EQ	1,0000		
17	ARCHITEC ABBOTT CMV-M CONTROL	EQ	1,0000		
18	ARCHITEC ABBOTT CMV-M RGT. x 100 TEST.	EQ	8,0000		
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO 06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	RESISTENCIA, 16/10/2019 Licitación Privada Nro 06209
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

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: 23 de Octubre del 2019 a las 09:30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					

Plazo Entrega: 30 - Día/s

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: AVDA.9 DE JULIO 1099 RCIA. SERVICIO DE INMUNOLOGIA HOSPITAL DR. JULIO C. PERRANDO
DEBERAN PRESENTAR:
DOCUMENTO DE GARANTIA DEL 1% DEL TOTAL COTIZADO
CONSTANCIA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PROVEEDOR ACTUALIZADA
CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR ATP ACTUALIZADA
CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE ATP
CONSTANCIAS DE INSCRIPCION AFIP ACTUALIZADA
CONSTANCIA DE CBU DE CUENTA BANCARIA NUEVO BANCO DEL CHACO S.A. PERSONALIZADA.
PORDER ESPECIAL DE LOS FIRMANTES AUTORIZADOS
CONSTANCIA DE RENUNCIAN A LOS FUEROS FEDERALES DE LOS PROVEEDORES QUE NO ESTEN RADICADO EN LA PROVINCIA.

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente