

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: 30 de Octubre del 2019 a las 10:00 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	ALP FOSFATASA ALCALINA LARGE POR 400 DET COBAS C311 COD.4375351190	EQ	16,0000		
2	AMILASA TOTAL TIPO COBAS ROCHE x 300 DET. COBAS C311	KIT	2,0000		
3	CREATININA JAFFE x 700 DET. TIPO ROCHE COBAS C311	KIT	10,0000		
4	GOT/AST IFCC x 500 DETERMINACIONES COBAS C311 COD.20764949322.	UN	9,0000		
5	GPT/ALT IFCC x 500 DETERMINACIONES COBAS C311 COD.20764957322.	UN	7,0000		
6	GLUCOSA HEXOKINASA GEN3 800 X800 DET COBAS C311	UN	7,0000		
7	UREA/BUN TIPO COBAS ROCHE x 500 DET. COBAS C311 COD.4460715190.	KIT	17,0000		
8	BILIRRUBINA TOTAL (DPD) x 250 DETERMINACIONES COBAS C311.	UN	10,0000		
9	BILIRRUBINA DIRECTA GEN2 X 350 DET. COBAS C311 COD.5589061190.	KIT	8,0000		
10	HIERRO x 200 DET. COBAS C311.	UN	4,0000		
11	LDH OPT. x 300 DETERMINACIONES C311 COD.20767123322.	UN	3,0000		
12	CK-NAC x 200 DETERMINACIONES.	UN	6,0000		
13	FOSFORO x 250 DETERMINACIONES COAS C311 COD.3183793122.	UN	1,0000		
14	CALCIO GEN2 x 300 DETERMINACIONES COBAS C311 COD.5061482190.	UN	6,0000		
15	MICROCOPAS DE MUESTRA PEDIATRICA 2 x 450 UNID. COBAS C311 COD.5085713001.	CJ	3,0000		
16	HALOGEN LAMPARA TIPO COBAS C311 COD.4813707001.	UN	4,0000		
17	TOTAL PROTEIN x 300 DETERMINACIONES TIPO COBAS ROCHE COD.3183734190COBAS C311.	KIT	23,0000		
18	U/CSF x 150 DETERMINACIONES CODIGO 3333825190 COBAS C311.	UN	6,0000		
19	TRANSFERRINA TIPO ROCHE x 100 DETERMINACIONES COBAS C311 COD.301505122.	KIT	9,0000		
20	B2 MICROGLOBULINA TQ x 140 TEST COD.80474330190.	UN	1,0000		
21	B2 MICROGLOBULINA CONTROL 4x1 ML. (2 NIVELES) COD.8362785190	UN	1,0000		

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: 30 de Octubre del 2019 a las 10:00 Horas

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

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					
22	B2 MICROGLOBULINA CALIBRADOR 2x1ML. COD.8047545190	UN	1,0000		
23	CRPL3/C REACTIVE PROTEIN GEN 3 COBAS x 250 DETERMINACIONES COD.4956842190.	KIT	11,0000		
24	NAOH-D/ COBAS c 120 x 1 UNIDAD COD.4489241190.	KIT	18,0000		
25	ECOTERAGENT C311 x UNIDAD COD.5422485190.	UN	27,0000		
26	PRECIBIL 4*2ML	UN	1,0000		
27	CFAS PROT TIPO COBAS ROCHE 5x1 ML.	KIT	1,0000		
28	ALBUMINA TIPO COBAS ROCHE x 300 DET.	KIT	1,0000		
29	MULTI PACK COBAS C INTEGRA 20/40/20 x 1 UNIDAD	KIT	5,0000		
30	TIRA REACTIVA DE ORINA COMBUR x 10 PARAMETROS x 100 UNID.	CJ	224,0000		
31	TOXO IgG II REAGENT x 100 TEST COD.6C1925 TIPO ABBOTT ARCHITECT.	EQ	20,0000		
TOTAL GENERAL					

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

RESISTENCIA, 23/10/2019
Licitación Privada Nro 06351

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: 30 de Octubre del 2019 a las 10:00 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. SERVICIOS ANALISIS CLINICOS
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