

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: 13 de Abril del 2020 a las 11:30 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	VEMURAFENIB COMP. 240 MG. (ENVASE X 56 UNIDADES) caja x 56 unidades	CJ	3,0000		
2	COBIMETINIB 20 MG COMPRIMIDOS (CAJA X 63 UNIDADES) caja x 63 unidades	UN	3,0000		
3	PALBOCICLIB 125 MG CAPSULAS x 21 comprimidos	CAP	9,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago:

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS HOSPITAL PERRANDO
DESTINO: PACIENTES LOPEZ MAGDA ALEJANDRA DNI N°32.266.435, ESPINDOLA STELLA
MARIS DNI N°22.379.417 Y SOSA SERGIO SEBASTIAN DNI N°29.465.687

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente