

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: 24 de Septiembre del 2020 a las 09:00 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	CETUXIMAB 500 MG FCO. AMPOLLA X 100 ML	UN	6,0000		
2	CETUXIMAB 100 MG. FCO/AMP. X 20 ML.	AMP	6,0000		
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: LUGAR DE ENTREGA: BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS HOSPITAL PERRANDO
DESTINO: PACIENTE: ARELLANO VICTOR DNI N°13439036

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente