

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 2020 a las 13:15 Horas

Lugar apertura 8VO PISO UNIDAD DE CONTRATACIONES CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	INMUNOGLOBULINA G 2500 MG AMP	AMP	18,0000		
2	INMUNOGLOBULINA G 5000 MG AMP	AMP	20,0000		
TOTAL GENERAL					

Plazo Entrega: Inmediato

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: LUGAR DE ENTREGA: SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO
DESTINO: DIFERENTES PACIENTES

Otras condiciones:

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente