



Formulario de Cotización

Compras Directas Nro 00598/2017

Llamado Nro 01

Expediente: 012597-MS-17

Nota Pedido: 1546

Responsable: 00000

Nombre o Razon Social del Proponente:.....

Domicilio:

C.U.I.T: Telefono:

Comentario: ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS NP.1546/17 - SERV. NEFROLOGIA Y HEMOD.

| Req | Descripcion Insumo | Cantidad | Precio | Importe |
|------|---|----------|--------|---------|
| 0001 | Filtro p/HD Polisulfona 1.8 m Unidad | 50.00 | | |
| 0002 | Solución acida para dialisis sin dextrosa Bidon x 10 litros | 200.00 | | |
| 0003 | Solución acida para dialisis con dextrosa Bidon x 10 litros | 200.00 | | |
| 0004 | Solucion acida con aporte de calcio 3.5 mEq/L Bidon x 10 litros | 100.00 | | |
| 0005 | Bicarbonato polvo para preparación de hemodialisis Bolsa x 672gr | 500.00 | | |
| 0006 | Guia venosa Unidad | 600.00 | | |
| 0007 | Guia arterial Unidad | 600.00 | | |

LA OFERTA DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL. SU PRESENTACIÓN Y EL HECHO DE COTIZAR Y FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, IMPLICA EL PLENO CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUERIMIENTOS DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN, COMO ASÍ TAMBIÉN DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA ADJUDICACIÓN. TODAS LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA OFERTA DEBERÁN ESTAR FIRMADAS, ACLARADAS Y FECHADAS POR EL OFERENTE C POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO.

ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DEL CERTIFICADO PROTDF VIGENTE.

SE INDICA QUE LA OFERTA DEBERÁ COMPLETARSE UTILIZANDO DOS DECIMALES EN LAS COLUMNAS DE CANTIDAD Y PRECIO, EN TODOS LOS RENGLONES QUE LA COMPONEN.

ADEMÁS, LA COTIZACIÓN DEBERÁ REALIZARSE SIN CONSIDERAR EL I.V.A., SEGÚN LEY N° 19.640.

DE SER NECESARIO, LOS REQUERIMIENTOS, PLAZOS DE CUMPLIMIENTO, EXIGENCIAS DE CONSTITUCIÓN DE GARANTÍA, CONDICIONES Y ACLARACIONES ADICIONALES RELACIONADAS CON LA PRESENTE CONTRATACIÓN, SE DETALLARÁN EN UN ANEXO ADJUNTO.

Los precios deberan expresarse en pesos con hasta dos decimales (\$ _ _ _ _ _)

Recepcion de Ofertas hasta: 19/07/2017 - 12:00

Lugar de Presentacion: DIV. COMPRAS Y CONTRATAC. H.R.R.G

Validez de la Oferta : 30(DIAS) DIAS CORRIDOS DEL CIERRE DE COTIZACION

Condicion de Pago : 30(TREINTA) DIAS RECEPCION Y CONFORME DE FACT. DCTO 674/11 ART.34 PUNTO 96.

Plazo de Entrega : 30 DIAS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRAS

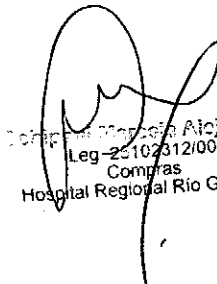
Lugar de Entrega : DIV. DEPOSITO H.R.R.G

Domicilio de Entrega: AMEGHINO 709 - (P/ NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS)

Imprimio Usuario: mschipani-Schipani Marcela Dia: 12/07/2017 Hora: 09:22

Página Nro 1 de 2

Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur son y serán Argentinas


Schipani Marcela Alejandra
Leg-22102312/00
Compras
Hospital Regional Rio Grande



Gobierno de Tierra del Fuego
Antártida e Islas
del Atlántico Sur

Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00598/2017

Llamado Nro 01

Expediente: 012597-MS-17

Nota Pedido: 1546

Responsable: 00000

Nombre o Razon Social del Proponente:

Domicilio:

C.U.I.T: Telefono:

Comentario: ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS NP.1546/17 - SERV. NEGROLOGIAY HEMOD.

TOTAL : \$

.....
Firma y Sello Responsable

Son Pesos:

.....

Los precios deberan expresarse en pesos con hasta dos decimales (\$_._._._._)

Recepcion de Ofertas hasta: 19/07/2017 - 12:00

Lugar de Presentacion: DIV. COMPRAS Y CONTRATAC. H.R.R.G

Validez de la Oferta : 30(DIAS) DIAS CORRIDOS DEL CIERRE DE COTIZACION

Condicion de Pago : 30(TREINTA) DIAS RECEPCION Y CONFORME DE FACT. DCTO 674/11 ART.34 PUNTO 96.

Plazo de Entrega : 30 DIAS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRAS


Lugar de Entrega : DIV. DEPOSITO H.R.R.G

Domicilio de Entrega: AMEGHINO 709 - (P/ NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS)

Imprimio Usuario: mschipani-Schipani Marcela Dia: 12/07/2017 Hora: 09:22

Página Nro 2 de 2

Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur son y serán Argentinas


Schipani Marcela Alejandra
Leg 25102812/00
Compras
Hospital Regional Rio Grande