



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida  
E Islas del Atlántico Sur  
República Argentina

HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE

Río Grande, 05 de Abril de 2019.

Sres.

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, solicito tenga a bien remitir cotización por S/Adquisición de Guantes Descartables, bajo N.P. 463/19, solicitados por el Servicio de Farmacia, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, de acuerdo a lo detallado en el Formulario de Cotización N° 219/19.

**Vencimiento de insumos mayor 1 año.**

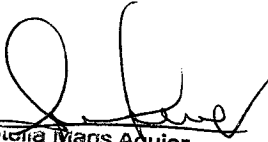
**La recepción de Ofertas será hasta el día 11/04/2019 a las 12.00 Hs.,**

La no presentación de precios y/ o presentado fuera de termino se considerara **NO COTIZADO**.

En este marco, deberán completar los datos de la empresa en el encabezado del formulario de cotización, firmado por el responsable de la firma en todas su hojas, en caso de ser necesario adjuntar poder otorgado por el titular de la misma, todo esto escrito con lapicera azul.

Enviar respuesta firmada en original a la División de Compras del Hospital Regional Río Grande del Ministerio de Salud, sita en Ameghino 709 de la ciudad de Río Grande, requiriendo adelantar la misma vía correo electrónico: [compras-hrrg@tierradelfuego.gov.ar](mailto:compras-hrrg@tierradelfuego.gov.ar) , [comprashrrgtdf@gmail.com](mailto:comprashrrgtdf@gmail.com) o vía fax al teléfono N° 02964-422367.

Sin otro particular, saludo a Uds. muy atentamente.

  
Stella Maris Aguiar  
Jefe Div. Compras  
H.R.R.G.



## Formulario de Cotizacion

Compras Directas Nro 00219/2019

Llamado Nro 01

Expediente: 005958-MS-19

Nota Pedido: 463

Responsable: 00000

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

Domicilio: .....

C.U.I.T: ..... Telefono: .....

Comentario: S/ADQUISICION DE GUANTES DESCARTABLES BAJO N.P. 463/19, SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA H.R.R.G.

Renq	Descripcion Insumo	Cantidad	Precio	Importe
0001	Guante Examen Descartable de Latex Mediano unidad	150,000.00		

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 POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO.

ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DEL CERTIFICADO PROTRDF 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 Nº 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.

**TOTAL : \$ .....**

.....  
Firma y Sello Responsable

Son Pesos: .....

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

Recepcion de Ofertas hasta: 11/04/2019 - 12:00

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

Validez de la Oferta : 30 DIAS CORRIDOS DEL CIERRE DE COTIZACION. VENCIM. MAYOR A 1 AÑO.

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

Plazo de Entrega : DENTRO DE LOS 20 DIAS DE RECIBIDA LA O. DE COMPRA.

Lugar de Entrega : DEPOSITO HOSP. REG. RIO GRANDE. (P/SERV.FARMACIA)

Domicilio de Entrega: AMEGHINO 709. RIO GRANDE.

Stella Maris Aguiar  
Jefe Div. Compras  
H.R.R.G.