

USHUAIA, 11 de Agosto de 2020

**SEÑOR PROVEEDOR**
**MANTENIMIENTO DE OFERTA: TREINTA (30) DIAS.-**

Por la presente se solicita tengan a bien proceder a COTIZAR los insumos a continuación detallados:

Renglón	Cant.	Producto	Valor Unit.	Valor Total
1	10	AMPLIACTIL - 25mg Comp. x 30 -		
2	5	AMPLIACTIL - 100mg Comp. x 50 -		
3	10	AZACORTID - 30mg Comp. x 20 -		
4	45	DELTISONA B - 4mg Comp. x 20 -		
5	25	DELTISONA B - 40mg Comp. x 20 -		
6	80	DELTISONA B - 8mg Comp. x 20 -		
7	3	ESTAPROL - 100mg Caps. x 30 -		
8	10	FENERGAN - 25mg Comp. Rec. x 30 -		
9	10	FLAGYL - 500mg Comp. x 20 -		
10	80	KARIDIUM - 10mg Comp. x 60 -		
11	10	KARIDIUM - 20mg Comp. x 60 -		
12	25	LASIX - 40mg Comp. x 50 -		
13	15	LASIX - 40mg Comp. x 30 -		
14	6	NOZINAN - 2mg Comp. x 30 -		
15	150	NOZINAN - 25mg Comp. x 30 -		
16	6	TRENTAL - LM 400mg Comp. Rec. x 30 -		
17	15	SABRIL - 500mg Comp. x 60 -		
18	7	CLEXANE - 40mg Jer. Prell. x 10 -		
19	6	AMARYL - 2mg Comp. x 30 -		
20	10	AMARYL - 4mg Comp. x 30 -		
21	6	APROVEL - 150mg Comp. x 28 -		
22	6	APROVEL - 300mg Comp. x 28 -		
23	20	PLAVIX - 75mg Comp. Rec. x 28 -		
24	25	ARAVA - 20mg Comp. x 30 -		
25	3	CO APROVEL - 300 /12.5mg Comp. x 28 -		
26	6	UROXATRAL OD - LP 10mg Comp. x 30 -		
27	470	INSULINA LANTUS SOLOSTAR - 100UI /ml Lap. Prell. x 5 x 3ml -		
28	45	INSULINA APIDRA SOLOSTAR - 100UI /ml Lap. Prell. x 5 x 3ml -		
29	4	REVELA - 800mg Comp. Rec. x 180 -		
30	70	TOUJEO - 300UI /ml Iny. Sol. Lap. x 3 x 1.5ml -		
31	3	KEVZARA - 200mg /1.14ml Iny. Sol. Jer. Prell. x 2 -		
32	3	AUBAGIO - 14mg Comp. Rec. x 28 -		

IMPORTA LA PRESENTE COTIZACIÓN LA SUMA DE PESOS:

CONDICIONES:

PLAZO PARA COTIZAR: 48 hs.

FORMA DE PAGO: TREINTA DIAS RECIBIDA MERCADERIA, COTIZACIÓN Y FC.ORIGINAL

LUGAR DE ENTREGA: LIBERTAD 897 - RIO GRANDE - TIERRA DEL FUEGO

FLETE A CARGO: PROVEEDOR

OBSERVACIONES: REMITIR ORIGINAL FIRMADO Y SELLADO POR CORREO POSTAL (ADELANTAR  
ESCANEADO VIA MAIL ).-  
PLAZO DE ENTREGA DE MERCADERIA LUEGO DE EMITIDA LA OC.: INMEDIATO.-

PERIODO DE APTITUD DE LOS MEDICAMENTOS NO INFERIOR A UN (1) AÑO  
LOS PRECIOS EXPUESTOS EN EL PRESENTE FORMULARIO NO INCLUYEN IVA

---

*Firma:*

*D.F.y A.*