Hospital de Alta Complejidad
CUENCA ALTA SAMIC

HOSPITAL CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER SAMIC

Ruta Provincial Nº 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas, Provincia de Buenos Aires;
C.U.I.T.: 30-71508015-6 IVA: Exento
compras@hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA

Número **153** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Pedidos Descartables y Reactivos para el Servicio de Laboratorio de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **174-2020** Fecha **21/08/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 31 DE AGOSTO DE 2020 a las 10:00 hs. vía correo electrónico a compras@hospitalcuencaalta.org.ar

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos a Usted cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. **El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA,** revistiendo el "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC, el carácter de Exento.

INSUMOS DESCARTABLES Y REACTIVOS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	TUBOS DE 1,5 ´2 ML, CON TAPA PLANA ESTÉRILES, FONDO PLANO, LIBRES DE DNASA, RNSAS Y PIRÓGENOS, PARA BIOLOGÍA MOLECULAR, MARCA CAPP O SIMILAR	20.000			
2	TIRAS DE PLACAS ÓPTICAS, 8 TUBOS DE 0,1ML, PARA AMPLIFICACIÓN POR REAL TIME, LIBRES DE DNASA, RNSAS Y PIRÓGENOS, PARA BIOLOGÍA MOLECULAR, MARCA CAPP O SIMILAR	1.000			
3	TIRAS DE 8 TAPAS ÓPTICAS PARA TUBO DE 0,1 ML PARA AMPLIFICACION POR REAL TIME, LIBRES DE DNASA, RNSAS Y PIRÓGENOS, PARA BIOLOGÍA MOLECULAR, MARCA CAPP O SIMILAR	1.000			
4	TIPS CON FILTRO LIBRE DE RNASA PARA PCR HASTA 1000 UL EN RACKS CON ALTERNATIVA EN BOLSA	24.000			
5	TIPS CON FILTRO LIBRE DE RNASA PARA PCR HASTA 200 UL EN RACKS CON ALTERNATIVA EN BOLSA	18.000			
6	TIPS CON FILTRO LIBRE DE RNASA PARA PCR HASTA 10 UL EN RACKS CON ALTERNATIVA EN BOLSA	6.000			
7	AGUA DESTILADA CALIDAD BIOLOGIA MOLECULAR ENVASE POR 500 ML	1			
8	GRADILLA PLASTICA PARA TUBO DE 0,1 ML TERMOSTAIZADA MINIMO 48 POSICIONES	4			
9	DETERMINACIONES DE COVID POR PCR REAL TIME ISOMETRICA, SIN NECESIDAD DE EXTRACCION	2.000			
				TOTAL	

Aceptación de Condiciones: La presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación del Pliego de Bases y Condiciones Generales con el sometimiento a todas sus disposiciones, así como también a las del Pliego de Condiciones Particulares y del

Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar via correo electrónico la siguiente documentación:

a) **EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO** ***por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada, debiendo el mismo resultar coincidente con el acreditado en la constancia de proveedor que se solicita en el Punto b) del presente.***

b) **CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, DEL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O DE LA NACIÓN.**

c) **CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES;**

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: **ENTREGA A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA** en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, previa coordinación de entrega con 48 horas de antelación con la Comisión de Recepción de este Hospital, al teléfono 011-5273-4700. Se podrán considerar propuestas con propuestas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

PAGO: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

FACTURA DE ACUERDO A ORDEN DE COMPRA.

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES.

NOTA: EL presente Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes a tal fin en carácter de declaración jurada.

FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO	
CARGO	
Nº D.N.I.	
LUGAR Y FECHA	