|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  **comprascuencaalta@gmail.com** | | **Ejercicio 2017 Pag. : 1 / 1** | | |
| **PEDIDO DE COTIZACIÓN**  **CONTRATACION DIRECTA**  Número **55** Año **2017**  Emisión **13/10/2017** | | |
| ***Ref. adquisición de insumos para el servicio de hemoterapia del Hospital Cuenca Alta. SAMIC.*** | | |
| Pedido de Provisión: **69-2017** Fecha **11/07/2017** | | |
| **FECHA DE APERTURA: miércoles 18 de octubre de 2017 -HORA 12:00 HS.**  EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC | | | | |
| 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. | | | | |
| **Renglón** | **Descripción** | | **Cantidad** | **Precio Unitario** |  |
| 1 | **Servicio de validación Campana FLV-2436 General Filter Argentina, y Ascent Max ESCO** | | **1** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Plazo de Entrega : **30 días de recibida la Orden de Compra** | Pago**: El pago se realizará dentro de los 30 días desde la presentación de la factura (contando con la conformidad de la recepción de la mercadería/equipos).** |
| **Condiciones de Contratación**: **Según Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa N° 55/17.**  **Lugar de Prestación del Servicio:** Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sita en Ruta provincial Nº 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires.  -**Factura de acuerdo a Orden de Compra.**  **-Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.** | |