



**Nº 16/05**

DEPENDENCIA	DOMICILIO	AREA
H.E.C.A. Av. PELLEGRINI 3295	Tel /FAX: 4808111 INT 143	FARMACIA

PROVEEDOR:	
DOMICILIO:	Tel.

Nos dirigimos a Usted/es para solicitarle/s quieran tener a bien cotizar a esta dependencia los elementos  
Que se detallan a continuación:

Item	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
-1	30	ANIDULAFUNGINA 100 MG INY	\$	\$
<b>TOTAL COTIZADO</b>			\$	\$
<p><i>Pte. Flores Jualiana 33734750 - UTI 20</i></p> <p><i>Pte. Cortez Lorena 31236235 - UTI 12</i></p> <p><b>Condiciones de pago: 60 Dias F.F.</b></p> <p><i>Lugar de pago: SECRETARIA DE SALUD PUBLICA SAN LUIS 2020 1ºpiso / Direccion Gral. de Administracion Financiera y Presupuestaria</i></p> <p><i>Entrega de presupuesto en Of.Compras-Contaduria del H.E.C.A. Antes del horario y fecha indicado para su apertura.-</i></p> <p><b>Apertura: -10-MAY-2021 Hora: 11:00</b></p> <p><b>PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATA Y/O A REQUERIMIENTO DEL SERVICIO</b></p> <p>LO ADJUDICADO DEBERA ENTREGARSE EN EL SERVICIO DE FARMACIA. DEL H.E.C.A. EN DÍAS HABILES, SIENDO A CARGO DEL ADJUDICATARIO EL FLETE, SEGURO, ACARREO Y DEMAS GASTOS QUE ORIGINE EL TRASLADO.</p> <p><b>COTIZAR PRECIO UNITARIO Y TOTAL CON I.V.A. INCLUIDO</b></p> <p><b>COTIZAR LOS PRECIOS ESCRITOS EN TINTA Y/O A MÁQUINA SIN ENMIENDAS Y/O RASPADURAS</b></p> <p><b>INDICAR EL Nº DE PROVEEDOR DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO</b></p> <p style="text-align: right;"><u>LOS PLIEGOS IMPRESCINDIBLEMENTE DEBERAN PRESENTARSE CON SELLO Y FIRMA AUTORIZADOS</u></p>				