



Avenida Eva Perón 5200, Rafael Castillo, partido de La Matanza
Provincia de Buenos Aires
C.U.I.T.: 30-71508740-1IVA: Exento

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACIÓN PÚBLICA

Número **21** Año **2021**

Ref.: Provisión de Equipo de Rayos X e Impresora Láser para este "Hospital Dr. René Favaloro" SAMIC

Se recibirán Ofertas hasta el 25 de Noviembre de 2021 a las 12 hs. En la sede de la oficina de compras y contrataciones de este Hospital.

APERTURA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2021, A LAS 12 HS.

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos a Usted cotizar la provisión de los siguientes elementos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. **El precio cotizado deberá ser final, expresado en PESOS e incluir IVA,** revistiendo el "Hospital Dr. René Favaloro" SAMIC el carácter de Exento.

Reng	Cantidad	Descripción	Marca	Precio Unitario	Precio Total
1	1	Proveer e instalar un EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL DIRECTO nuevo sin uso, para radiología general con consola de mando y generador de rayos X de alta frecuencia, potencia mínima de 50 KW, 125 Kv y 630 mA.. Deberá sujetarse a las demás especificaciones mínimas detalladas en el Anexo A de este Pliego de especificaciones técnicas.			
2	1	Impresora láser de placas. Deberá sujetarse a las especificaciones mínimas detalladas en el Anexo B de este Pliego de especificaciones técnicas.			
				Total Oferta	

Aceptación de Condiciones: La presentación de su oferta implica el conocimiento y aceptación de las condiciones de contratación que se describen en los PBCP y demás documentos de la contratación, como así también a las disposiciones generales aplicables.

NO RESULTA OBLIGATORIO COTIZAR AMBOS RENGLONES: 1 y 2; PUDIENDO HABER OFERENTES QUE COTICEN AMBOS O SOLAMENTE UNO DE ELLOS.

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ RESPONSABLE POR GASTOS ADICIONALES A LOS COTIZADOS, TALES COMO FLETES, IMPUESTOS, TASAS, ETC.

NOTA: EL presente Pedido de Cotización deberá resultar suscrito en todas sus páginas 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	