



Avenida Eva Perón 5200, entre E. Echeverría y Soldado
Sosa, Rafael Castillo, partido de La Matanza
Provincia de Buenos Aires

C.U.I.T.: 30-71508740-1IVA: Exento

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACIÓN PÚBLICA

Número **13** Año **2024**

Ref./Contratación del Servicio de Mantenimiento de red eléctrica general para este "Hospital Dr. René Favaloro" SAMIC

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el 10 de abril de 2024 a las 12:00 hs. En la sede de la oficina de compras y contrataciones de este Hospital.

APERTURA: 10 DE ABRIL DE 2024, A LAS 12:00HS.

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos a Usted cotizar la provisión de los siguientes elementos, respetando el orden de 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.

Renglón	Descripción	Precio Unitario Inicial Mes	Precio Total por 4 Meses
1	<i>Servicio de Mantenimiento de red eléctrica general para el Hospital Dr. René Favaloro S.A.M.I.C, según especificaciones técnicas adjuntas</i>		

Condiciones de Contratación: Conforme Especificaciones Técnicas y demás condiciones que se detallan en el pliego de bases y condiciones particulares.

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

PLAZO DE CUMPLIMIENTO Y VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN. La prestación del servicio se extenderá por 12 (doce) meses a partir del mes siguiente de la recepción de la orden compra, con opción a Prórroga por hasta 12 meses, a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio.

LUGAR DE LA PRESTACIÓN: En la sede de este Hospital Dr. René Favaloro SAMIC, sito en Avenida Eva Perón entre Esteban Echeverría y Soldado Sosa, Rafael Castillo, Partido de La Matanza.

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ RESPONSABLE POR GASTOS ADICIONALES.

Forma de Pago: El pago se efectuará dentro de los 30 días de entregada la factura y demás documentación respaldatoria conforme prestación de servicio emitida por las autoridades del Hospital.

NOTA: EL presente Pedido de Cotización deberá resulta 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	