

SOLICITUD DE COTIZACION

Destinatario :	
Domicilio :	
Tel. / Fax :	
Remitente :	Hospital Naval Buenos Aires
Direccion :	Patricias Arg. 351 - Cdad. Autonoma de Bs. As.
Tel. / Fax :	4103 - 5360

Fecha de Cotizacion : 2/12/2024 Hora : 11:0 Hs. Tolerancia 15 Minutos

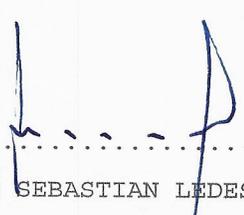
Plazo de Entrega : Inmediato / A Requerimiento del Servicio

Condic. de Pago : 60 dias

Observaciones : LOS PRECIOS COTIZADOS DEBEN INCLUIR IVA, FACTURAR A FUND. SANIDAD NAVAL ARG, CON FACT 'A' O 'C' INDICAR MCA, LAB PRODUCTOR, N° CERTIF, N° LOTE, VTO, TIPO DE ENVASE Y PRESENTACION

NOTA : Enviar presupuestos via Mail - cotizacionesfusana@gmail.com

REGLON	CANTIDAD	UM	DESCRIPCION
1	40	UN	XILENO P.A. BOTELLA X 1 LITRO
2	40	CU	ALCOHOL ETILICO ABSOLUTO P.A. ENVASE X 1 LITRO
3	5	UN	FORMOL SOLUCION 40 % X 1 LITRO X LITRO



.....

BRUNO SEBASTIAN LEDESMA
CAPITAN DE FRAGATA CONTADOR
JEFE

DEPARTAMENTO FARMACIA Y ESTERILIZACION

CLAUSULAS GENERALES PARA MEDICAMENTOS

1- Documentación a presentar **únicamente** cuando sea requerida por el **DEPARTAMENTO FARMACIA** con posterioridad al acto de apertura:

- a) Fotocopia del Certificado de habilitación definitiva otorgado por el Ministerio de Salud y Ambiente o de la Provincia correspondiente.
- b) Fotocopia de la Disposición del Director Técnico.

2.- Los oferentes deberán junto con la oferta económica indicar en cada renglón los siguientes datos, el no cumplimentar los mismos hará que se considere técnicamente **NO ADMISIBLE LA OFERTA.:**

- a- **Número de Certificado que autoriza la comercialización del medicamento otorgado por el ANMAT.**
- b- **Marca del medicamento y nombre Laboratorio productor.**
- c- **Tipo de envase y presentación del producto**
- d- **Precio unitario y Precio Total**

3.- La fecha de vencimiento de los medicamentos solicitados deberá ser de 12 meses como mínimo contados a partir de la fecha de entrega.

4.- Cuando al producto entregado le reste un mes para que expire su fecha de vencimiento, los oferentes aceptarán los medicamentos para ser canjeados por otro lote con una fecha de vencimiento de 12 meses como mínimo, sin cargo alguno para este hospital Naval.

5.- **Tiempo de entrega: A REQUERIMIENTO**, el incumplimiento del mismo será causal de anulación del o de los **ITEMS** solicitados en la Orden de Compra correspondiente y de la confección de un **ACTA** de constancia del incumplimiento a los fines de que obre como antecedente en el correspondiente legajo.

6.- **El proveedor deberá informar el dominio del vehículo que utilizará para la entrega de los percusores. El mismo debe estar inscripto como "operador transportista nacional" en el registro de transporte de percusores químicos (REMPRE). Deberá adjuntar copia del certificado. Informar número de GLN.**

Lugar de entrega: Departamento Farmacia y Esterilización –Av. Patricias Argentinas 351 - 2do. Subsuelo. **(Entrada por calle Machado y anunciarse en Oficina de Comisión de Recepción)**

Horario de entrega: LUNES A VIERNES de 08:00 a 14:00hs.

FRANCISCO DANIEL MANZONE
JEFE
TENIENTE DE NAVAL DE FARMACIA Y ESTERILIZACION