

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO

F A X

Pedido de Cotizacion : 38664

Fecha : 07/08/2024

## 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 : 18/9/2024 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,NºCERTIF,NºLOTE,VTO,TIPO DE ENVASE Y PRESENTACION

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

| REGLON | CANTIDAD | UM | DESCRIPCION                                                                             |
|--------|----------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1      | 200      | CU | ALGODON X 0,5CM.X 0,8CM. UNIDAD                                                         |
| 2      | 200      | CU | ALGODON 1,27 X 3,81 CM. UNIDAD TIPO CODMAN                                              |
| 3      | 200      | CU | ALGODON 1,5CM. X 2CM. UNIDAD                                                            |
| 4      | 200      | CU | ALGODON 4CM LARGO X 2CM ANCHO CON COLA UNIDAD                                           |
| 5      | 3500     | CU | BAJA LENGUAS ADULTO* UNIDAD                                                             |
| 6      | 30       | CU | BOLSA COLOSTOMIA 19 A 60 MM. RECORTABLECON DE SAGOTE UNIDAD RECORTABLE                  |
| 7      | 55       | CU | BOLSA DE OBITO N 4 UNIDAD 2,20 X 0,90                                                   |
| 8      | 10       | CU | BOLSA DE OBITO Nº4 MEDIDA 2,20 X 0,90 COLOR R OJO                                       |
| 9      | 30       | CU | BOLSA ILEOSTOMIA RECORTABLE 19 A 60.MM UNIDAD RECORTABLE                                |
| 10     | 40       | CU | CAMPO QUIRURGICO ESTERIL DESC. ADHESIVOHIPOAL ERG. EN U T/STERI DRAPE UN 120X130 1015 U |
| 11     | 40       | CU | CAMPO QUIRURGICO ESTERIL DESC.ADHESIVO HIPOAL ERG. T/STERIDRAPE 1040 UN 35X35 1040      |
| 12     | 20       | CU | CAMPO QUIRURGICO ESTERIL DESC. ADHESIVOHIPOAL . T/STERI DRAPE 1050 UN 60X45 1050        |
| 13     | 8        | CU | FLEBOEXTRACTOR MARCA VASCUTEX UNIDAD                                                    |
| 14     | 15       | CU | HEMOSUCTOR UNIDAD X 800ML.                                                              |
| 15     | 200      | CU | LLAVE DE 3 VIAS GIRO 360 ALTA PRESION HERMETICA, LUER LOCK T/BRAUN ENVASE X 1 UNIDAD    |
| 16     | 200      | CU | LLAVE DE TRES VIAS C/PROLONGADOR 50CM TIPO A RGIMED COD FDG087R UNIDAD 50CM             |
| 17     | 6000     | CU | LLAVE DE 3 VIAS GIRO 360 CONEXION LUER-LOCK ENVASE X 1 UNIDAD                           |
| 18     | 3        | CU | MANGO PARA BISTURI 3 UNIDAD                                                             |
| 19     | 3        | CU | MANGO PARA BISTURI 4 UNIDAD                                                             |

## 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 : 18/9/2024 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                                                                           |
|--------|----------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 20     | 1000     | CU | PULSERA P/IDENTIFICACION ADULTOS BLANCA CON T ARJETA Y CIERRE INVIOL. NUMERADA UNIDAD |
| 21     | 200      | CU | PULSERA P/IDENTIF MADRE HIJO NUMERADA NUMERAD A MH                                    |
| 22     | 2        | CU | RETRACTOR DE INCISIONES Y PROTECTOR DE PARED TIPO ALEXIS UNIDAD SMALL                 |
| 23     | 2        | CU | RETRACTOR DE INCISIONES Y PROTECTOR DE PARED TIPO ALEXIS UNIDAD MEDIUM                |
| 24     | 2        | CU | RETRACTOR DE INCISIONES Y PROTECTOR DE PARED TIPO ALEXIS UNIDAD LARGE                 |
| 25     | 10       | CU | TAPON NASAL TIPO MEROCEL TAMAÑO GRANDE UNIDAD 10CM.                                   |
| 26     | 10       | CU | TAPON NASAL TIPO MEROCEL TAMAÑO MEDIANO UNIDA D 4,5CM.                                |
| 27     | 33       | CU | TELA ADH. OXIDO DE ZINC X 10 CM ROLLOS                                                |
| 28     | 216      | CU | TELA ADH. OXIDO DE ZINC X 5 CM. ROLLOS                                                |
| 29     | 626      | CU | TELA HIPOALERGENICA ADHESIVA 25MM. X 9 ROLLO 25MM                                     |
| 30     | 975      | CU | TELA HIPOALERGENICA ADHESIVA 50MM. X9 ROLLO 50 MM                                     |
| 31     | 10       | CU | TELA ADHESIVA EXTENSIBLE T/TENSOPLAST SPORT 3 X 2,5 CM. UNIDAD                        |
| 32     | 100      | CU | TETINA DE SILICONA MEDIANA UNIDAD                                                     |
| 33     | 10       | CU | TAPON NASAL ANTERO POSTERIOR CON BALON POSTER IOR TIPO RAPID RHINO UNIDAD             |

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO

**F A X**

Pedido de Cotizacion : 38664

Fecha : 07/08/2024

**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 : 18/9/2024 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                                                                                |
|--------|----------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |          |    | <p>.....</p> <p>BRUNO SEBASTIAN LEDESMA</p> <p>CAPITAN DE FRAGATA CONTADOR</p> <p>JEFE</p> |

## ANEXO I

### ESPECIFICACIONES TECNICAS GENERALES

1.- Los oferentes deberán indicar por cada renglón los siguientes datos:

- a) Descripción del ítem en idioma español
- b) Numero de certificado/registro del producto ante el ANMAT.
- c) Marca y Laboratorio productor.
- d) Tipo de envase y presentación del producto.
- e) Precio unitario y precio total.
- f) Renglón Unidad de Medida y cantidad.

**2.-La falta de algunos de los incisos mencionados en el punto 1 del presente pedido, SERA CAUSA DE DESESTIMACION DEL RENGLON OFERTADO.**

  
GABRIELA ALEJANDRA VEGA  
CAPITAN DE FRAGATA  
FARMACEUTICA