

F A X

Pedido de Cotizacion : 38756

Fecha : 02/09/2024

## 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 : 23/10/2024 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

RENGLON	CANTIDAD	UM	DESCRIPCION
1	150	LT	AGUA OXIGENADA AL 10% IQB BOTELLA X 1 LITRO
2	500	UN	ALCOHOL ETILICO 70% BOT X 1 LT BOTELLA X 1 LT
3	150	UN	ALCOHOL ETILICO PURO 96 USO MEDICINAL CALIDA D F.A.VI EDICION PAG.78 BOTELLA X LITRO
4	120	UN	CLORHEXIDINA 4 % ENVASE X 500 CC
5	200	UN	CLORHEXIDINA AL 4% ENV 250 ML.
6	100	UN	CLORHEXIDINA2%+ ALCOHOL 70 X 500ML ENVASE X 5 00ML
7	20	CU	DDSH CON ROCIADOR X 750 CM3 DDSH ROCIADOR X 7 50CM
8	25	UN	DETERGENTE ENZIMATICO TIPO "CIDEZYME" ENVASE X 5 L
9	50	UN	FORMOL BUFERADO AL 10 % A PH 7 X LITRO
10	5	FR	GEL PARA ECOGRAFIA FREE TIPO "ULTRAPHONIC" FR ASCO X5 KG.
11	20	UN	ORTOFTALDEHIDO SOLUCION ENVASE X 3,75LTS.
12	120	UN	SOL. IODOPOVIDONA 10% X 1 LITRO ENVASE X 1 LT
13	100	UN	SOL. IODOPOVIDONA 5 % JABONOSA UNIDAD X250ML. C/DISP
14	10	BD	SURFANIOS DESINFECTANTE BIDON X 5LTS BIDON X 5 LTS
15	10	UN	VASELINA LIQUIDA UNIDAD X 500ML
16	10	UN	VASELINA SOLIDA ENVASE X KG.

.....  
BRUNO SEBASTIAN LEDESMA

## 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.- **Tiempo de entrega: A REQUERIMIENTO UNA VEZ RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.** 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.

**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.

BUENOS AIRES, 02 de septiembre de 2024

FRANCISCO DANIEL MANZONE  
TENIENTE DE NAVIO FARMACÉUTICO  
JEFE