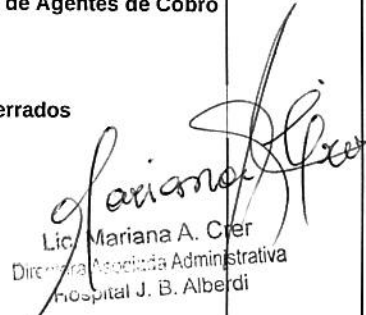




**CONCURSO DE PRECIOS DE EMERGENCIA**

**PROVEEDOR:**  
**DIRECCIÓN:** T.E.:

Nos dirigimos a Usted/es para solicitarle/s quieran tener a bien cotizar a esta dependencia los elementos que se detallan a continuación:

Item	CANT.	DESCRIPCIÓN	UNITARIO	TOTAL
1	50	BUDESONIDA 200 MCG/DOSIS AEROSOL		
2	500	CETIRIZINA 10 MG COMP		
3	1800	FORMOTEROL + BUDESONIDA (4.5-6+160-200) UG/DOSIS POLVO PARA INHALAR- AEROSOL- CAPSULA X UNIDAD DE DOSIS (CONVERTIR COTIZACION Y OC RESPECTIVA EN UNIDAD DE ENVASES PRIMARIOS CON APLICADOR)		
4	20	IPRATROPIO BROMURO 20 MCG/DOSIS AEROSOL		
5	5	ENALAPRIL 2.5 MG INY		
6	1500	CEFTRIAXONA 1000 MG INY		
7	100	OMEPRAZOL o PANTOPRAZOL 40 MG INY		
8	200	CALCIO GLUCONATO 10% INY X 10 ML		
9	100	NITROGLICERINA 5 MG/ML INY		
10	300	NORADRENALINA 1 MG/ML INY		
11	400	FENTANILO 0.05 MG/ML INY		
12	300	LORAZEPAM 4 MG INY		
13	1000	MIDAZOLAM 5 MG/ML INY X 3 ML		
14	100	PROPOFOL 10 MG/ML INY		
15	200	ROCURONIO BROMURO 10 MG/ML INY		
16	100	SUCCINILCOLINA 500 MG LIOFILIZADO INY		
		<b>IMPORTANTE</b>		
		* El proveedor deberá estar inscripto en el Padrón de Agentes de Cobro de la Municipalidad de Rosario (PAC)		
		* Las ofertas deberán ser presentadas en sobres cerrados		
			 Lic. Mariana A. Crier Directora Asociada Administrativa Hospital J. B. Alberdi	
Las propuestas deberán estar escritas a máquina y en papel membretado y/o pliego oficial.			<b>TOTAL:</b>	
<b>FECHA DE APERTURA: 11-06-21 HORA: 10:00</b>				
<b>LUGAR DE ENTREGA: Farmacia Hospital J. B. Alberdi</b>				
<b>PLAZO DE ENTREGA: inmediata, según necesidad del servicio.</b>				
<b>FORMA DE PAGO: 60 días fecha factura</b>				
<b>MANTENIMIENTO DE OFERTA: 30 días</b>				
<b>COTIZAR EN PRECIO NETO (I.V.A. y/o desc. Incluidos)</b>				