



CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN
“ENERGENCIA SANITARIA – COVID – 19”

Paraná, 26 de Mayo de 2.021

EXPEDIENTE N° 2.516.919

SR. GERENTE DE LA FIRMA

.....
.....

Me dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle **PRESUPUESTO DEBIDAMENTE FIRMADO en todas sus fojas y escaneado del documento original, enviado vía e-mail en formato PDF o JPG o por Correo Postal en sobre cerrado**, de lo que se detalla a continuación.

Lo solicitado deberá ser remitido a esta DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES – SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN – MINISTERIO DE SALUD, sito en calle 25 de Mayo N° 181, Segundo Piso (3.100) Paraná (E.R.), el día **03 de JUNIO 2.021** a las **11:00**

Hs.; o el día hábil siguiente a la misma hora si resultara feriado o se decretase asueto.-

Rg	Cant	Artículos y Especificaciones	Marca	Precio Unitario	Precio Total
01	02	OSMOSIS INVERSA PORTÁTIL, según características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.		\$	\$
<i>Las condiciones se encuentran detalladas en el pliego adjunto, así como también el Anexo de Especificaciones Técnicas emitido por el Departamento Bioingeniería del Ministerio de Salud.-</i>				TOTAL	\$
Aclaraciones:					
<ul style="list-style-type: none"> • Se deberá especificar en la propuesta Marca, modelo y adjuntar folletos ilustrativos donde puedan apreciarse claramente las características técnicas, como así también adjuntar el Registro ANMAT.- • Se deberá adjuntar descripción técnica completa en castellano.- 					
<i>El Precio Unitario cotizado en el renglón deberá presentarse con dos (2) dígitos decimales como máximo, en caso de cotizar con más dígitos, se tomarán en cuenta solamente los primeros dos, no realizándose redondeo alguno.-</i>					

MONTO TOTAL COTIZADO: PESOS.....

DESTINO: COES – Hospital Materno Infanto Juvenil “San Roque” de la Ciudad de Paraná y Hospital “Justo José de Urquiza” de la Ciudad de Concepción del Uruguay, ambos dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.-

Firma y Sello
Director de Contrataciones

Firma y Sello del Oferente
o Representante Legal

C.U.I.T N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____