



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES

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

Paraná, 11 de Mayo de 2.021

**EXPEDIENTE N° 2.510.502**

**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, por correo electrónico en formato PDF o JPG, del requerimiento abajo detallado; operando el cierre de recepción de los mismos el día **19 de Mayo de 2021** a las **11:00 Hs.**; o el día hábil siguiente a la misma hora si resultara feriado o se decretase asueto. Lo solicitado deberá ser enviado a la **Dirección de Contrataciones- Sub Secretaria de Administración- Ministerio de Salud de Entre Ríos** al siguiente correo electrónico: **dir.contratacionesms@gmail.com.-**

Rg	Cant	Artículos y Especificaciones	Marca / Modelo	Precio Unitario	Precio Total
01	01	Esterilizador Autoclave de Vapor por ciclo de vacío de mesa para uso en enfermería, según características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.		\$	\$
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.-				<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>
<b>Aclaraciones:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se deberá especificar en la propuesta <b>Marca, Modelo</b> y adjuntar <b>Folletos Ilustrativos</b> donde puedan apreciarse claramente las <b>características técnicas</b>. Asimismo se destaca que se deberá dar cumplimiento demás condiciones previstas en anexo de Especificaciones técnicas.-</li> </ul>					
El <b>Precio Unitario</b> cotizado en el renglón deberá presentarse con <b>dos (2) dígitos decimales</b> como máximo, en caso de cotizar con más dígitos, se tomarán en cuenta solamente los primeros dos, no realizándose redondeo alguno.-					

**MONTO TOTAL COTIZADO: PESOS**.....

**DESTINO: Hospital “San Blas” de la localidad de Nogoyá.-**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**  
**Director de Contrataciones**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Oferente**  
**o Representante Legal**

**C.U.I.T N°:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_