



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES

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

Paraná, 10 de Mayo de 2.021

**EXPEDIENTE N° 2.508.063**

**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 **09:00 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	ESTUFA DE ESTERILIZACION, según características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.		\$	\$
02	01	ESTERILIZADOR AUTOCLAVE DE VAPOR POR CICLO DE VACIO DE MESA PARA USO EN ENFERMERIA, 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>				<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>					
<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:** Hospital “Perú” de la localidad de General Galarza, Departamento Gualeguay.-

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

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

**C.U.I.T N°:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_