



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES

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

Paraná, 06 de Mayo de 2021

EXPEDIENTE N° 2.508.091

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 **11 de Mayo de 2.021** a las **10:00 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	25	CAMA PARA TERAPIA INTENSIVA, según características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.		\$	\$
02	25	COLCHON HOSPITALARIO CON TRATAMIENTO IGNIFUGO, según características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.			
03	25	ALMOHADA HOSPITALARIA, según características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.			
Las condiciones se encuentran detalladas en el pliego adjunto y el Anexo de Especificaciones Técnicas emitido por el Departamento Bioingeniería del Ministerio de Salud.-				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 presentar la Inscripción en ANMAT.- Serán a cargo del adjudicatario todos los gastos que se originen por flete, acarreo, entrega y verificación del equipo en el lugar establecido. 					
El Precio Unitario cotizado en cada 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.-					

MONTO TOTAL COTIZADO: PESOS.....

DESTINO: Efectores de la Provincia de Entre Ríos que cuentan con Unidades de Cuidados Críticos.-

Firma y Sello
Directora de Contrataciones

Firma y Sello del Oferente
o Representante Legal

C.U.I.T N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____