



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE
CONTRATACIONES

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

Paraná, 01 de Junio de 2.021

EXPEDIENTE N° 2.517.107

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**, de lo que al pie se detalla. Lo solicitado deberá ser remitido a esta DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES – SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN – MINISTERIO DE SALUD, sito en calle 25 de Mayo N° 181, Segundo Piso (3.100) Paraná (E.R.) hasta el día **08 de JUNIO DE 2.021** a las **10:00 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	01	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II – TIPO A2, 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 y características técnicas en castellano del renglón cotizado y demás condiciones previstas en anexo de Especificaciones técnicas.- El traslado, descarga y ubicación de la cabina deberá estar a cargo del Adjudicatario.- 					
<i>El Precio Unitario cotizado del 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: Servicio de Laboratorio del Hospital “Felipe Heras” de la ciudad de Concordia, Departamento Concordia.-

Firma y Sello
Directora de Contrataciones

Firma y Sello del Oferente
o Representante Legal

C.U.I.T N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____