



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

Paraná, 06 de Julio de 2.021

EXPEDIENTE N° 2.508.061

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 – SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN – MINISTERIO DE SALUD, sito en calle 25 de Mayo N° 181, Segundo Piso (3.100) Paraná (E.R.) hasta el día **16 de JULIO 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	02	LAVADORA CENTRIFUGADORA AUTOMÁTICA, con capacidad mínima 50 Kg. por carga (ropa seca) y demás características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.		\$	\$
02	01	SECARROPAS TIPO INDUSTRIAL, con capacidad mínima 40 Kg. por carga y demás características detalladas en Anexo de Especificaciones Técnicas adjunto.			
03	01	SECARROPAS TIPO INDUSTRIAL, con capacidad mínima 15 Kg. por carga y demás 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.-				TOTAL	\$
Aclaraciones:					
<ul style="list-style-type: none"> Se deberá especificar en la propuesta Marca, modelo, y adjuntar folletos ilustrativos y características técnicas. Demás condiciones previstas en anexo de Especificaciones técnicas.- El traslado, descarga y ubicación de los equipos deberá estar a cargo del Adjudicatario.- 					
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.-					

MONTO TOTAL COTIZADO: PESOS.....

DESTINO: Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná y “Nuestra Señora del Lujan” de Gral. Ramírez – Depto. Diamante.-

Firma y Sello
Directora de Contrataciones

Firma y Sello del Oferente
o Representante Legal

C.U.I.T N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____