



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS  
 MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN DE  
 CONTRATACIONES

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

Paraná, 30 de Junio de 2.021

**EXPEDIENTE N° 2.508.096**

**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 **08 de JULIO DE 2.021** a las **09:00 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	04	SISTEMA DE HEMODIÁLISIS, 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> y adjuntar <b>descripción técnica</b> en castellano. Demás condiciones previstas en anexo de Especificaciones técnicas.-</li> <li><b>El traslado, descarga y ubicación</b> del equipamiento deberá estar a cargo del <b>Adjudicatario</b>.-</li> </ul>					
El <b>Precio Unitario</b> cotizado del renglón deberá presentarse con <b>dos (2) dígitos decimales como máximo</b> , en caso de cotizar con más dígitos, <b>se tomarán en cuenta solamente los primeros dos</b> , no realizándose redondeo alguno.-					

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

**DESTINO:** Hospital “San Martín” de Paraná, Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná, Hospital “Justo José de Urquiza” de Concepción del Uruguay y Hospital “Delicia Concepción Masvernat” de Concordia.-

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello  
 Directora de Contrataciones

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

**C.U.I.T N°:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_