



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES

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

Paraná, 18 de Agosto de 2.021

**EXPEDIENTE N° 2.520.547**

**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 **de 25 AGOSTO 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, 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> y <b>características técnicas</b> en castellano del renglón cotizado y demás condiciones previstas en anexo de Especificaciones técnicas.-</li> <li><b>El traslado, descarga y ubicación</b> del equipo deberá estar a cargo del <b>Adjudicatario.-</b></li> </ul>					
<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 Lavadero del Hospital “San José” de Diamante.

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

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

**C.U.I.T N°:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_