



PROVINCIA DE ENTRE RÍOS
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES

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

Paraná, 07 de Septiembre de 2.021

EXPEDIENTE N° 2.550.656

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 **13 de SEPTIEMBRE 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> | | | | 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 del equipo 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: Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná.

 Firma y Sello
 Directora de Contrataciones

 Firma y Sello del Oferente
 o Representante Legal

C.U.I.T N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____