



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

Paraná, 28 de Septiembre de 2.021

**EXPEDIENTE N° 2.528.929**

**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 **06 de OCTUBRE 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	EQUIPO PORTÁTIL PARA TESTEO DE OTOEMISORES ACÚSTICOS Y POTENCIALES EVOCADOS, 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>, adjuntar <b>folletos ilustrativos</b> y <b>características técnicas</b> en castellano del renglón cotizado, <b>inscripción en ANMAT</b> y demás condiciones previstas en anexo de Especificaciones técnicas.-</li> <li>Serán a cargo del adjudicatario todos los gastos que se originen por flete, acarreo, entrega y verificación del equipo en el lugar establecido.-</li> </ul>					
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.....

**DESTINOS:** Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná y Hospital “Delicia Concepción Masvernat” de Concordia, ambos Nivel de Riesgo III B y dependientes del Ministerio de Salud de Entre Ríos.-

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

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

**C.U.I.T N°:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_