

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 401 GRA - Hospital Goyeneche

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000766

Señores :	R.U.C.
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Nro. Cons. : 793	Fecha : 30/05/2011
Concepto : COTIZACION PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	Documento : PEDIDO 01174

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
38.00	MILLAR	COMPROBANTE DE PAGO EN PAPEL CONTINUO AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 3 COPIAS) ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: COMPROBANTES PARA INTERVENCIONES SANITARIAS ORIGINAL + 03 COPIAS (7 X 4 X 4) AUTOCOPIATIVO 04 COLORES CAMBIO DESTINO DE HOJA 02 NUMERACIONSE DISTINTAS (19/19 mU) LOGOTIPO		
120.00	MILLAR	COMPROBANTE DE RETENCION EN PAPEL AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: COMPROBANTES PARA VENTA ORIGINAL + 02 COPIAS (7 x 4 X 3) AUTOCOPIATIVO 03 COLORES CABIO DESTINO DE HOJA 02 NUMERACIONES DISTINTAS (80/80 MU) LOGOTIPO NOTA: LA PRESENTE COTIZACION SE PRESENTARA EN SOBRE CERRADO DIA: 01 DE JUNIO 2011 HORAS: 10:00 LUGAR: SECRETARIA DE LA OFICINA DE LOGISTICA INCLUIR REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES		
TOTAL				

Las cotizaciones deben estar dirigidas a GRA - Hospital Goyeneche

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:
- Garantía:
- La Cotización debe incluir el I.G.V.
- Plazo de Entrega / Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Remitir junto con su cotización la Declaración Jurada y Pacto de Integridad, debidamente firmadas y selladas.
- Indicar su razón social, domicilio fiscal y número de RUC

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL N. GOYENECHE
 Área de Logística
 Sr. Claudio Enrique Chacabuco
 JEFE DE LA