



Hospital
Dr. Juan Manuel Gálvez
Gracias, Lempira



SECRETARIA DE SALUD
COTIZACION

HJMG-LP-FN-003-2016

AX - GR - L Y G - 004 - A

SEÑORES: _____

NOMBRE DEL TITULAR DEL RTN

RTN

NOMBRE DEL TITULAR DEL RTN

ID

NOMBRE COMPLETO SEGUN IDENTIDAD

DIRECCION PROVEEDOR _____

POR ESTE MEDIO LE SOLICITAMOS COTIZAR EL PRECIO DE LOS SIGUIENTES BIENES Y SERVICIOS.

Nº	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	ESPECIFIQUE MARCA	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL	
1	4	Cilindro	OXIDO NITROSO 220PC				
2	31	Cilindro	OXIGENO 125PC 99.5% DE PUREZA				
3	10	Cilindro	OXIGENO 220PC 99.5% DE PUREZA				
4	5335,1253	Metro Cúbico	OXIGENO LIQUIDO				
:.....:UL:.....:							
NUESTRO TIEMPO DE PAGO SERIA EN UN MAXIMO DE 30 DIAS DESPUES DE INGRESADO EL ULTIMO PRODUCTO A NUESTRO ALMACEN, Y LA DOCUMENTACION ESTE CORRECTA. SE REQUIERE QUE SE COTICE SOLO EL PRODUCTO QUE PUEDA SER ENTREGADO A LA BREVEDAD POSIBLE, DE LO CONTRARIO ESPECIFICAR EL TIEMPO DE ENTREGA. EN CASO QUE EL HOSPITAL NO PUEDA COMPRAR EL TOTAL DEL PRODUCTO COTIZADO SE REQUIERE QUE NOS PUEDAN MANTENER EL PRECIO UNITARIO.					SUB TOTAL		
					15% ISV		
					TOTAL		

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

NOTA IMPORTANTE: SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CÓDIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDA Y ENTRE PARÉNTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN SERVICIO SI ES PERSONA NATURAL ESCRIBA CORRECTAMENTE SU CÓDIGO DE IDENTIDAD EN CASO DE SERLE ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRÁ A NOMBRE DEL QUE POSEA EL RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVAMENTE.