Gobierno de la República de Honduras

Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez
Gracias, Lempira

Crecer y Vivir
Todos Unidos

SECRETARIA DE SALUD
COTIZACION

HJMG-LP-FN-006-2016

AX - GR - L Y G - 004 - A

SEÑORES: _____

NOMBRE DEL TITULAR DEL RTN

RTN | | | | | | | | | | | | | - | |

_____

NOMBRE DEL TITULAR DEL RTN

ID | | | | | | | | | | | | | _____

NOMBRE COMPLETO SEGÚN IDENTIDAD

DIRECCION PROVEEDOR _____

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	ESPECIFIQUE MARCA	PRECIO UNITARIO		VALOR TOTAL	
1	4	CILINDRO	OXIDO NITROSO 220PC					
2	40	CILINDRO	OXIGENO 125PC 99.5% DE PUREZA					
3	40	CILINDRO	OXIGENO 220PC 99.5% DE PUREZA					
4	6622	M³	OXIGENO LIQUIDO					
			::::::::::::::::::::::UL::::::::::::::::::::::::::::::					
					SUB TOTAL			
					15% ISV			
					TOTAL			

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.

DIA	MES	AÑO

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD COTIZADORA

DIA	MES	AÑO

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 R T N O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVAMENTE.