

Hospital Mario Catarino Rivas
Fondos Nacionales
COTIZACIÓN



Fecha: 09/03/2021

N° Cotización: 099-2021

N° Solicitud: 105-2021

Señores: _____

R.T.N.

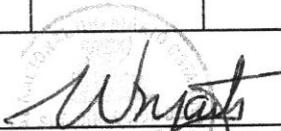
Nombre del Titular del RTN

Tarjeta Iden.

Nombre completo segun T.I

Direccion: _____

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes bienes y servicios

N°	Cantidad	Descripcion	U/M	Precio Unit.	Valor Total
1	10.00	ALCOHOL ETILICO AL 100% GRADO REACTIVO	GLN		
2	10.00	ALCOHOL METILICO 100% ABSOLUTO GRADO REACTIVO	GLN		
<p> Marca: Presentacion: Adjuntar Muestra/Catologo: Fecha de Vencimiento: Impuesto Sobre Venta: Numero de Lote: Tiempo de Entrega: Adjuntar Cotizacion de la Empresa: Para uso en laboratorio clinico. Consumo: marzo abril y mayo. </p>					
 Firma y sello de unidad cotizadora		09/03/2021	Firma y sello del proveedor		16/03/2021
		Fecha			Fecha Fin

NOTA IMPORTANTE:

Si es comerciante individual escriba correctamente el código RTN y el nombre a quien corresponde entre paréntesis el nombre del establecimiento comercial que vende el buen 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.