

Hospital Mario Catarino Rivas

Fondos Nacionales

COTIZACIÓN

Fecha: 09/03/2021

N° Cotización: 101-2021

N° Solicitud: 105-2021

Señores:

R.T.N.

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Titular del RTN

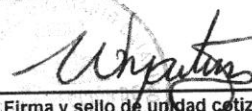
Tarjeta Iden.

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre completo según T.I

Dirección:

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

N°	Cantidad	Descripción	U/M	Precio Unit.	Valor Total
1	10.00	PRUEBA RAPIDA DE INFLUENZA	SET		
2	10.00	PRUEBA DE ELISA PARA COVID-19 IGG	SET		
3	10.00	PRUEBA DE ELISA PARA COVID-19 IGM	SET		
4	2.00	PRUEBA RAPIDA DE LEPTOSPIRA REACT NO AUTOMATIZADO	SET		
		Marca: Presentación: Adjuntar Muestra/Catálogo: Fecha de Vencimiento: Impuesto Sobre Venta: Número de Lote: Tiempo de Entrega: Adjuntar Cotización de la Empresa: Para uso en laboratorio clínico. Consumo: marzo abril y mayo.			
 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.