SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DEL SUR

OFICINA DE COMPRA: **ADMINISTRACION HOSPITAL DEL SUR**

Licitacion No 008-2016

COTIZACION No 015-2016

SEÑORES:

R.T.N.: _____

Nombre completo según R.T.N.

O

IDENTIDAD: _____

Nombre completo según tarjeta de identidad

DIRECCION DEL PROVEEDOR: _____

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

No	Cantidad	Unidad	Descripcion	Precio Unitario	Valor Total
1	707	Rollo	Gaza Hospitalaria 36x100		
			::::::::::::::::::::::::::::::::: U.L. :::::::::::::::::::::::::::::::::		
			TOTAL		-

FIRMA ADMINISTRADOR	FECHA	FIRMA PROVEEDOR	FECHA
	DIA : MES : AÑO :		DIA : MES : AÑO :

Nota inportante:
Si es comerciante individual escriba correctamente el codigo de R.T.N. Y el nombre a quien corresponde y entre parentesis el nombre del establecimiento comercial que vende
Si es persona natural escriba correctamente su codigo de identidad.
en caso de serle adjudicada la compra, el cheque se emitira a nombre del que posea el R.T.N. o la tarjeta de identidad respectivamente:

Scanned by CamScanner