Municipalidad
Trenque Lauquen

# Pedido de Cotización N° 17970

## Llamado N° 1

**Solicitud de pedido**
**N° 17620**

**Ejercicio: 2024**

| Documento | | Compra | | Apertura | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | N°/Año | Tipo | N°/Año | Día | Mes | Año | Hora |
| Decreto | 3.143/2024 | Concurso de precios | 115 /2024 | 29 | 11 | 2024 | 09:30 |

Trenque Lauquen, 21 de noviembre de 2024

Dependencia Solicitante HOSPITAL PEDRO T. ORELLANA

Señor.....

Calle..... Localidad.....

Solicito a Ud. se sirva cotizar precio por artículos al pie detallados.
Para tener validez debe ser firmado y sellado por los proponentes y devuelto bajo sobre cerrado antes de la fecha y hora de apertura.

.....
Firma del Jefe

| Item | Cantidad | Unid. | Descripción de los Artículos | Marca | P. Unitario | Importe Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11,000 | S/U | GASTOS VARIOS - CAJAS NAVIDEÑAS | | | |

La suma de pesos: ..... **Total $**

Observaciones: CONCURSO DE PRECIOS Nº115

Plazo de entrega: Inmediato.

Mantenimiento de oferta 1 Mes.

Condiciones de pago: Inmediato.Parcial

Lugar de Entrega: HOSPITAL MUNICIPAL P.T.O. - Castelli N° 150 Piso Dpto. Tel. 02392-410510 Int. (TRENQUE LAUQUEN)

.....
Firma del proponente y sello usual