Municipalidad
Trenque Lauquen

# Pedido de Cotización N° 17428

## Llamado N° 1

**Solicitud de pedido N° 17294**

**Ejercicio: 2026**

| Documento | | Compra | | Apertura | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | N°/Año | Tipo | N°/Año | Día | Mes | Año | Hora |
| Decreto | 2.808/2026 | Concurso de precios | 115 /2026 | 3 | 11 | 2026 | 10:00 |

Trenque Lauquen, 21 de octubre de 2026

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 | 5,000 | S/U | CAMA HOSPITALARIA - CAMA HOSPITALARIA | | | |

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

Observaciones: concurso de precios n 115

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