Caja de Salud
**Banca Privada**

**REGIONAL** Potosí

| Nº | 1 |
|---|---|

CM-005-2021

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**
**Proceso de Compra Menor No** 5

Potosí 12 de Mayo de 2021

Señores: Dirección:

Agradecemos a Ud.(s) cotizar los productos descritos a continuación, especificando lo solicitado e incluir en el monto los impuestos de Ley,
**Los médicamentos debrerán contar con su certificado de control de calidad, al momento de la COTIZACIÓN**

| CODIGO | CANTIDAD | UNIDAD | PRODUCTO | PRESENTACION | PROCEDENCIA | NOMBRE COMERCIAL | CONCEN-TRACION | FECHA VENCIMIENTO | PRECIO UNITARIO Bs | IMPORTE Bs |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30 | FRASCOS | ZINC 20 MG. SOLUCIÓN ORAL | | | | | | | |
| | 1000 | COMP. | ZINC 20 MG. COMPRIMIDOS | | | | | | | |
| | 2000 | COMP. | AC. ACETILSALICILICO 100 MG. | | | | | | | |
| | 108 | INFUSOR | SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 0,9% 1000 ML | | | | | | | |
| | 80 | FCO-AMP | CEFTRIAXONA 1G INY. | | | | | | | |
| | 700 | COMP. | PARACETAMOL500 MG. | | | | | | | |
| | 200 | COMP. | IVERMECTINA 6 MG. | | | | | | | |
| | 300 | COMP. | MONTELUKAST 10 MG | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES:** La presente cotización debe ser presentada hasta el día 14 de Mayo del 2021 en la Caja de Salud de la Banca Privada
DIRECCIÒN: Calle Periodista Esq. Padilla Nro 132 HRS.: 16:00

Alvaro Morales Cárdenas
CONTADOR
C.S.B.P. REGIONAL POTOSÍ

**FIRMA Y SELLO RESPONSABLE C.S.B.P.**

**EMPRESA COTIZANTE "PROVEEDOR"**

Tiempo de Entrega:

Validez de la oferta:

Potosí de Mayo de 2021

**SELLO EMPRESA**

**NOMBRE Y FIRMA**