

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000419

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037
N° E/M : 00377

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :	Fax :		
Email :	Fecha :	Moneda :	S/.
Concepto :	SERVICIO DE TRASLADO AEREO PARA PACIENTE SIS, POR EMERGENCIA A LA CIUDAD DE LIMA		

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	902000010001	SERVICIO DE TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES SERVICIO AEREO DE TRASLADO DE PACIENTE SIS MARIA ISABEL ACHULLI FUENTE, EDAD 2 AÑOS Y 8 MESES DE EDAD CON DNI: 93513498, TRASLADO DE LA CIUDAD DE ANDAHUAYLAS HACIA LA CIUDAD LIMA	
TOTAL			

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:
 - Garantía:
 - La Cotización debe incluir el I.G.V.
 - Plazo de Entrega en N° Días/ Ejecución del Servicio :
 - Tipo de Moneda :
 - Validez de la cotización :
 - Indicar Marca de Procedencia
 - Tipo de Cambio :
- Atentamente;

Requerimientos Técnicos:
Descripción del Servicio

