



Gestión de Compra - Gobierno de la Provincia de Formosa
Confeción del pedido de cotización con sus respectivos pliegos de bases y condiciones

NºExpediente: T-000846/25-PJ-PJ-EXP

Gestión de Compra Nº: - Adquisicion reactivos Nota N 35/25 Laboratorio de Medicina Forense Licitacion
sobre Preventivo Nº: 508063 Adquisicion reactivos Nota N 35/25 Laboratorio de Medicina Forense Licitacion

LICITACIÓN PRIVADA Nº 13/25
APERTURA: 25/03/25
HORA: 9:30

SEÑOR:

MANTENIMIENTO DE OFERTAS: TREINTA (30) DIAS desde la fecha de apertura.-

PLAZO DE ENTREGAS: DENTRO DE LOS 30 DIAS de recepcionada la Orden de Provisión.-

 Sírvasse cotizar PRECIO Y MARCA por suministros que se indican a continuación de acuerdo a las especificaciones que se detallan y a lo establecido en los PLIEGOS DE CONDICIONES GENERALES (Publicado en la página oficial del Poder Judicial de la Provincia de Formosa – www.jusformosa.gob.ar/transparencia/licitaciones) y PARTICULARES.-

CONDICIONES DE PAGO: Se efectuarán de la siguiente manera: , una vez recibida las facturas, previa conformidad de recepción de lo solicitado.-

PEDIDO POR: Laboratorio de Medicina Forense

LUGAR DE ENTREGA DE LOS SOBRES: Mesa de Entradas del Serv. Administrativo Financiero - 2do piso STJ - Juan Jose Silva Nº 856 - Formosa (Capital).-

ENTREGA DE LOS ARTÍCULOS: Laboratorio de Medicina Forense- Fontana Nº 856 - Formosa (Capital).-

DETALLE DE ITEMS					
Rg	Código	Descripción	Cant.	P.Unit.	Total
1	4.01.018.553	REPUESTOS E INSUMOS MENORES P/EQUIPO MEDICO Y DE LABORATORIO EN GENERAL. GENERICO kit de sangre RSID RSIDTM-BLOOD Inmuno-Cromatographic Lateral Flow Strip x 25 unidades de 1 cal	2	\$.....	\$.....
2	4.01.018.553	REPUESTOS E INSUMOS MENORES P/EQUIPO MEDICO Y DE LABORATORIO EN GENERAL. GENERICO kit de Saliva RSID RSIDTM-SALIVA Inmuno-Cromatographic Lateral Flow Strip x 25 unidades de 1 cal	2	\$.....	\$.....
3	4.01.018.553	REPUESTOS E INSUMOS MENORES P/EQUIPO MEDICO Y DE LABORATORIO EN GENERAL. GENERICO Abon Screening Multi Drogas para orina en lo de 20 determinaciones de analitos o por 15 en su defecto o 10 MULTI DRUG COC/AMP/THC/MDMA/MOP/MTP/PCP/BAR/BZO/TC A x 25 unidades de 1 cal	2	\$.....	\$.....
Total:				\$.....	

SON PESOS:.....

FIRMA Y SELLO DEL PROPONENTE