



Corresponde expte. N° 2360-284107/10
CONTRATACION DIRECTA N° 62/10

Recepción de ofertas hasta: 24/09/2010 11:00 hs

Domicilio: Calle 45 e/ 7 y 8, 2^{do} Piso, Corredor A, Oficina 230, Departamento Gestión de Adquisiciones y Contrataciones, Arba. La Plata (1900).

Teléfono: (0221) 429-4520

Correo electrónico: adquisiciones@arba.gov.ar

PLANILLA DE COTIZACION

Reng.	Clase e Item	Cant.	Unidad	Detalle	Marca / Observ.	Precio Unitario*	Precio Total*
1	2099.0001	12	MES	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS <u>Destino:</u> Gerencia de Logística y Servicios Generales - DEPOSITO ARBA <u>Dirección:</u> Calle 90 e/ 8 bis y 10 La Plata <u>Afluencia promedio de personal:</u> 30			
2	2099.0001	12	MES	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS <u>Destino:</u> Gerencia de Operaciones Area Metropolitana Interior y Gerencia Metropolitana Area Interior <u>Dirección:</u> calle 3 esq. 525 P.B. y 1° piso Tolosa <u>Afluencia promedio de personal:</u> 110			
3	2099.0001	12	MES	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS <u>Destino:</u> Departamento Inspecciones Fedatarias <u>Dirección:</u> Camino Centenario N° 2411 esq. 508 Gonnnet <u>Afluencia diaria de personal y contribuyentes:</u> 150			
4	2099.0001	12	MES	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS <u>Destino:</u> Departamento de Atención Remota (Call Center) <u>Dirección:</u> 47 N° 697 La Plata <u>Afluencia diaria de personal:</u> 50			

TOTAL NETO-NETO (\$)

PLAZO DE PRESTACIÓN: desde el 01/01/2011 o fecha posterior y hasta el 31/12/2011.

OPCION DE AMPLIACION: Cien por ciento (100%).

OPCION DE PRORROGA: Noventa (90) días.

MANTENIMIENTO DE OFERTA: Hasta el 31/12/2010.

LUGAR DE PRESTACION: En las Dependencias indicadas en cada Renglón

FORMA DE PAGO: Conforme Artículo 23° del Reglamento de Contrataciones vigente (30 días a partir de la fecha de presentación de la factura). Con facturaciones Mensuales.

OBSERVACIONES: La firma adjudicataria deberá cumplimentar lo establecido en los Anexos I, II y III.

***Todos los precios deben incluir IVA.**

IMPORTA LA PRESENTE LA SUMA DE PESOS: _____

NOMBRE / RAZON SOCIAL: _____

DOMICILIO ESPECIAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: _____

C.U.I.T.: _____

DOMICILIO REAL: _____

TEL./FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

N° REG. PROV.: _____

LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA IMPLICA EL CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE Y EL SOMETIMIENTO A TODAS SUS DISPOSICIONES Y A LAS DE LA LEY DE CONTABILIDAD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y DEL REGLAMENTO DE CONTRATACIONES VIGENTE.

aed.

FIRMA Y SELLO DEL PROPONENTE