

## ORDEN DE COMPRA RP-416

FECHA: 15 DE AGOSTO DE 2012

SEÑORES:

**DISMED S.A DE C.V.**  
**TELEFONO: 2524-4006, FAX: 2273-2352**

0614-160987-002-7

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	LÍPIDOS AL 20% EMULSIÓN GRASAS LIPOFUNDIN MCT/LCT 20% , FRASCO DE VIDRIO DE 500ML, LIPOFUNDIN AL 20%, PRESENTACIÓN CAJA X 10 FRASCOS, VENCIMIENTO NO MENOR A 18 MESES	C/U	\$17.00	\$1,020.00
1 COTZ.	MARCA: BBRAUN ORIGEN: ALEMANIA.  TIEMPO DE ENTREGA: 1 DIA HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  USO: HOSPITALIZACION S/C No. 852/2012. 93/12 ALMACEN DE MEDICAMENTOS NOTA: FAVOR DE FAMILIA QUEBRAR INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO PROPORCIONE A LA UNIDAD FINANCIERA NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.			
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,020.00</b>

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
15/8/12	\$1,020.00	54108		 15/8/2012  <b>ADMINISTRACIÓN</b>