

ORDEN DE COMPRA RPI-185

FECHA: 25 DE OCTUBRE 2016

FALMAR, S.A DE C.V.

SEÑORES:

TELÉFONO: 2270-0222 , FAX: 2270-1501

NIT:

falmar@falmar.biz

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
24	CLORHEXIDINA 5% GARRAFA 5 LITROS, CLORHEXIDINA AL 5% GLUCONATO SOL. 5% (1 COT.) MARCA: FALMAR , ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA VENCIMIENTO: 2 AÑOS DESPUES DE RECIBIDO EN SUS BODEGAS SOLICITUD: 838/2016, A/M: 86/2016 USO: HOSPITALIZACION NOTA: "SEÑOR PROVEEDOR ADJUNTO A LA FACTURA DEBE PRESENTAR LA DECLARACION JURADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL SEGÚN FORMATO QUE SE ADJUNTA A LA ORDEN DE COMPRA"	C/U	\$ 45.00	\$ 1,080.00
SO.			TOTAL...	\$1,080.00

*2/0000
125
26/10/2016
2:05PM*

SEÑOR PROVEEDOR: AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA 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
26-Oct-2016	\$1,080.	54103	<i>[Signature]</i>

26/10/2016

 ADMINISTRACIÓN