



ORDEN DE COMPRA No. 758

FECHA: 04 DE SEPTIEMBRE 2014

SEÑORES: **DROGUERIA FARMAVIDA S.A. DE C.V.**
TELEFONO: 2526-1600, FAX: 2243-8344, NIT: 0614-200195-102-6
E-MAIL: farmavida@integra.com.sv

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO:

DÉSPACHAR 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
45	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI "D" IgG/IgM FRASCO DE 10 ML. (2 COT.) MARCA: PLASMATEC. ORIGEN: REINO UNIDO TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA SU ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 904/2014 USO: BANCO DE SANGRE Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota, EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el BANCO OAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$5.60	\$ 252.00
SO.			TOTAL...	\$252.00

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	
8/9/14	\$252.00	54113		 ADMINISTRACIÓN