

DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Oficina de Compras y Licitaciones

Teléfono: 2915 3000 Int. 1106 / 1110 / 1111 / 1140
Correo: rrrmm.maciell@asse.com.uy - licitaciones.maciell@asse.com.uy

COMPRA DIRECTA N° 1060

Montevideo, 21 de marzo de 2023

Sres. Departamento de Ventas
PRESENTE

El Hospital Maciel solicita cotización de:

ITEM	CONCEPTO	CANT
1	FORMULARIOS "RECONOCIMIENTO DE DEUDA" TAMAÑO:A4 EN 3 VIAS AUTOCOPIANTE, COLOR BLANCO, ROSADO Y CELESTE. FOLIADO, TROQUELADO, ENGOMADO EN LA PARTE SUPERIOR, EN LIBRETAS DE 50 FORMULARIOS.	100

OBSERVACIONES:

- Las cantidades son estimadas sin obligación de compra.
- Forma de pago: Crédito SIIF 90 días.
- Mantenimiento de oferta: 90 días.
- La cotización debe estar en Moneda Nacional.
- Servicio Solicitante: Gerencia Financiera
- Contacto Compras y Licitaciones Adriana Videla Int.1106
- Entrega hasta 48 horas de recibida la Orden de Compra.
- Se adjunta muestras de ejemplo. La cual se puede pasar a ver personalmente por la oficina de compras en el horario de 9:00 a 15:00hs.

APERTURA ELECTRÓNICA

RECEPCIÓN DE OFERTAS HASTA: 01/04/23 – 10:30hs

LOS OFERENTES DEBERÁN ESTAR INSCRIPTOS EN R.U.P.E.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
Oficina de Compras y Licitaciones

Teléfono: 2915 3000 Int. 1106 / 1110 / 1111 / 1140
Correo: rmm.maciel@asse.com.uy - licitaciones.maciel@asse.com.uy



Anexo IV

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

Centro de Atención: _____ Fecha: __/__/__
U.E.: _____ Nº: _____

Datos del paciente

Nombre: _____
Apellido: _____
Documento de Identidad: _____
Nacionalidad: _____

Datos del adulto responsable

Nombre: _____
Apellido: _____
Documento de Identidad: _____
Nacionalidad: _____

Fecha de Internación	__/__/__
Fecha de Alta	__/__/__

Prestaciones	UR	\$
Hospitalidades		
Intervenciones Quirúrgicas		
Curaciones		
Exámenes de Laboratorio		
Estudios Radiológicos		
Electrodiagnósticos		
Inyectables		
Yeso		
Partos		
Varios		
Arancel según Decreto Nº 179/002	Total UR	
Decreto Nº 349/009	Total \$ a pagar	

De conformidad firmo éste documento comprometiéndome al pago de dicha deuda en el plazo dedías a partir de haber recibido el alta médica.

En caso de pacientes a cargo de un adulto responsable, llenar los datos del adulto responsable quien se hará cargo de la deuda de acuerdo a lo que establece el Cap. IV Sec. I del Código Civil (Art. 1º del 305/71 del 1º/IV/971 Ordenanza 741).

Firma: _____
Aclaración: _____