

ORDEN DE COMPRA No. 754 EcS

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE 2016

SEÑORES:

DROGUERIA FARMAVIDA, S.A DE C.V.
TELÉFONO: 2526-1600

NIT:

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 AM Y DE 1:30 A 3:PM

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	SUERO ANTIOFIDICO, ANTIVIPMYN TRI CAJA CON UN FRASCO (1 COT.) MARCA: BIOCLON , ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE HABER RECIBIDO ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 836/2016 AM 86/2016 USO: HOSPITALIZACION Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto.	C/U	\$72.00	\$ 4,320.00
SO.			TOTAL...	\$4,320.00

NOTA: 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
29/11/16	\$ 4,320.00		

ADMINISTRACIÓN

