ARMADA DE CHILE
DIRECCION DE SANIDAD DE LA ARMADA
HOSPITAL NAVAL DE PUERTO WILLIAMS

**Nº Carta Orden** 123/2015

**Fecha:** 16/10/2015

**Señor(es)**

Nombre HOSPITAL NAVAL C.C.G
Rut.
Dirección
Ciudad
Teléfono FAX:
Atencion a

**Servicios**

Fecha
Lugar entrega PUERTO WILLIAMS
FONO 061-621593
Recepción

DE NUESTRA CONSIDERACION:

Agradecere a Ud (s), disponer la entrega de los siguientes artículos al portador de la presente orden de compra, por los servicios y/o artículos cotizados con iva incluido en esa entidad comercial y que a continuacion se detallan:

| Nº | Cantidad | U.E. | DESCRIPCION | Unitario | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | 15 | NR | TERMOMETRO CLINICO | $ 250 | $ 3.750 |
| | 5 | NR | TRAMADOL 100MG/ML | $ 1.200 | $ 6.000 |
| | 3 | NR | VASELINA LIQUIDA120 ML | $ 800 | $ 2.400 |
| | 1 | NR | VATANAL CREMA | $ 6.700 | $ 6.700 |
| | 40 | NR | VENDA GASA ELAST. 10CM | $ 150 | $ 6.000 |
| | 25 | NR | PARGEVERINA 5MG/ML GOTAS | $ 750 | $ 18.750 |
| | 50 | NR | TAPA ROJA | $ 50 | $ 2.500 |
| | 20 | NR | PEN-SODICA 2 MILLONES UI INY. | $ 150 | $ 3.000 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | **SUBTOTAL** | **$ 49.100** |
| | | | | **IVA** | |
| | | | | **TOTAL** | **$ 49.100** |

**NOTA: FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS DEBEN SER SUPERIOR A 1 AÑO**

Por lo anterior, solicito a Ud. (s), extender factura en cuadruplicado con los siguientes datos:

NOMBRE : **HOSPITAL NAVAL DE PUERTO WILLIAMS**
RUT: **61.956.600-9**
DIRECCION: **MC INTYRE S/N**
FAX: **061-621593**
E-MAIL: AARRIAGADA@SANIDADNAVAL.CL
CONSULTAS **ANDY ARRIAGADA VEJAR**
FONO : **09 92192461 - 061 624254**

Saluda Atentamente a Uds.,

ARMADA DE CHILE HOSPITAL PTO. WILLIAMS JEFE DEPTO. ABASTECIMIENTO

**ANDY ARRIAGADA VEJAR**
**TENIENTE 2º AB**
**JEFE DEL DEPTO AB Y FINANZAS**