

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

N° Carta Orden **66/2015**

Fecha: **09/06/2015**

Señor(es)
Nombre GLAXOSMITHKLINE FARMACEUTICA LTDA.
Rut.
Dirección
Ciudad
Teléfono _____ FAX: _____
Atención :

Servicios
Fecha
Lugar entrega PTO. 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:

N°	Cantidad	U.E.	DESCRIPCION	Unitario	TOTAL
1	9	NR	AEROLIN SOLUCION PARA RESPIRARADOR 0,5% 20 ML COD:900006	11363	102267
SUBTOTAL					\$ 102.267
IVA					\$ 19.431
TOTAL					\$ 121.698

NOTA:

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

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

Saluda Atentamente a Uds.,



ANDY ARRIAGADA VEJAR
TENIENTE 2° AB
JEFE DEPTO FINANZAS Y AB.