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

Nº Carta Orden **110/2015**

Fecha: **20/10/2015**

Nombre	FARMALATINA	Fecha	
Rut.		Lugar entrega	PUERTO WILLIAMS
Dirección			
Ciudad		FONO	061-621593
Teléfono	FAX:	Recepción	
Atencion a			

DE NUESTRA CONSIDERACION:

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

Nº	Cantidad	U.E.	DESCRIPCION	Unitario	TOTAL
	1	NR	SYPHILIS RPR TEST	$ 32.900	$ 32.900
	1		HUMANTEX CRP	$ 39.900	$ 39.900
	3		ML ROJO	$ 5.900	$ 17.700
	3		TUBOS AL VACIO K3EDTA IMPROVE 3ML LILA	$ 5.900	$ 17.700
				SUBTOTAL	**$ 108.200**
				IVA	**$ 20.558**
				TOTAL	**$ 128.758**

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.,

IVAN SANDOVAL MUÑOZ
MARINERO 1º AB
ENCARGADO DE ADQUISICIONES