ARMADA DE CHILE
POLICLINICO MEDICO DENTAL
IV ZONA NAVAL

Enviado a Proveedor

CARTA ORDEN

Nº 066 / 2016

SEÑORES **IMPRENTA DE LA ARMADA**
DIRECCION ANTONIO VARAS
CIUDAD VALPARAISO
TELEFONO 32-2537932
MAIL
PRESENTE
RUT

AGRADECERÉ A UD. ENVIAR AL REMITENTE DE LA PRESENTE, LOS ARTÍCULOS QUE SE DETALLAN CON CARGO AL POLICLÍNICO IV ZONA NAVAL, RUT 61.102.089-9, DIRECCIÓN ISAZA 1055, SECTOR EL MORRO, IQUIQUE, FONO 2517338, FAX 2517256.

PARA SU POSTERIOR CANCELACIÓN, SOLICITO A UD., REMITIR FACTURA EN DUPLICADO, ADJUNTANDO COPIA DE LA PRESENTE CARTA ORDEN.

INSUMOS

Nº	CODIGO	DESCRIPCIÓN	U/E	CANT.	PRECIO	TOTAL
1	Cot. 0683	CARNET DE ACCIDENTE DEL SERVICIO TAMAÑO 8 CM. (ANCHO) X 11 CM (ALTO) IMPRESO POR AMBOS LADOS A UN COLOR (NEGRO) EN CARTULINA BLANCA NACIONAL	NR	100	$100	$ 10.000
2	Cot. 0683	BLOCK ANEXO "A" FORMATO LICENCIA MEDICA TAMAÑO OFICIO IMPRESO POR UN LADO A UN COLOR (NEGRO) EN PAPEL AUTOCOPIATIVO EN JUEGOS DE 50 X 2 ORIGINAL PAPEL CLOR BLANCO DUPLICADO PAPEL COLOR BLANCO	BL	25	$3.300	$ 82.500
	Cot. 0683	FORMULARIOS SOLICITUD DE EXAMEN CITOLOGICO TAMAÑO CARTA IMPRESO POR UN LADO A UN COLOR (NEGRO) EN PAPEL BOND 24	FL	300	$60	$ 18.000
					TOTAL	$ 110.500

IQUIQUE, 30-08-2016

SALUDA ATTE. A UD.

ARMADA DE CHILE
Policlínico IV Zona Naval
JEFE DEPTO. FINANZAS

JOAQUIN SOTOMAYOR ROBERTSON
TENIENTE 2° AB.
JEFE DEPTO. ABAST. Y FINANZAS