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

Nº Carta Orden 002/2016

Fecha: 25/01/2016

Señor(es)

Nombre DELEGACION DE BIENESTAR P.W.
Rut.
Dirección
Ciudad
Teléfono FAX:
Atencion a

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:

Nº	Cantidad	U.E.	DESCRIPCION	Unitario	TOTAL
	36	NR	REMOVEDOR DE CERA	2500	$ 90.000
				SUBTOTAL	$ 90.000
				IVA 19 %	
				TOTAL	$ 90.000

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