ARMADA DE CHILE

DIRECCION DE SANIDAD DE LA ARMADA

HOSPITAL NAVAL DE PUERTO WILLIAMS

**Nº Carta Orden** **014/2016**

**Fecha:** **04/04/2016**

**Señor(es)**

Nombre **CLAUDIA SAGREDO**
Rut.
Dirección
Ciudad
Teléfono FAX:
Atencion a

**Servicios**

Fecha
Lugar entrega PTO. WILLIAMS
FONO 061-2621593
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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 3 | NR | CHAQUETA SOFTSHELL DE TRES CAPAS IMPERNABLE TERMICAS INCLUYE BORDADO DEL FRENTE Y ESTAMPADOS EN ESPALDABOLSILLOS CON SIERRE | $ 24.900 | $ 74.700 |
| | 2 | NR | PANTALON SOFTSHELL DE 2 CAPAS EMPERNIABLE RESPIRABLE INCLUYE REFLECTANTE EN PARTE BAJA DE LAS PIERNAS | $ 14.900 | $ 29.800 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | $ - |
| | | | | SUBTOTAL | **$ 104.500** |
| | | | | **IVA 19 %** | **$ 19.855** |
| | | | | **TOTAL** | **$ 124.355** |

**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 2624254**

Saluda Atentamente a Uds.,

ARMADA DE CHILE HOSPITAL PTO. WILLIAMS JEFE DEPTO. ABASTECIMIENTO

ANDY ARRIAGADA VEJAR
TENIENTE 2º AB.
JEFE DEPTO AB. Y FZAS.