

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

Nº Carta Orden

024/2016

Fecha:

05/05/2016

Señor(es)

Nombre **VIMARDENT**

Rut. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Atención 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
	1	NR	DISCOS SOF-LEX 2380 (PLASTICO) X 240 U + 1 MANDRIL	\$ 52.000	\$ 52.000
	2	NR	PASTA P/PROXILAXIS MAYON FCO 100 G	\$ 4.250	\$ 8.500
	1	NR	CRESOPHENE SEPTODONT FRANCES	\$ 29.600	\$ 29.600
	2	NR	ENHANCE REPTO 30 U (DISCO) DENTSPLY	\$ 12.500	\$ 25.000
	1	NR	ANESTECIA DENTAL AL 2% MEPIVALEN DENTSPLY BRASIL TB PLASTICO CJA 50 U	\$ 8.890	\$ 8.890
	2	NR	SEDA DENTAL SATIN TAPE ORAL -B ROLLO 25 M	\$ 2.300	\$ 4.600
SUBTOTAL				\$	<b>128.590</b>
IVA 19 %					
<b>TOTAL</b>				\$	<b>128.590</b>

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.,



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