

N° Carta Orden **50/2016**

Fecha: **13/06/2016**

Señor(es)

Nombre **HOSPITAL DE LA FF.AA C.G**
 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:

N°	Cantidad	U.E.	DESCRIPCION	Unitario	TOTAL
	10	NR	CABESTRILLO L	\$ 1.345	\$ 13.450
	15	NR	CABESTRILLO M	\$ 1.345	\$ 20.175
	20	NR	VENDA COBAN ADHER	\$ 3.196	\$ 63.920
	100	NR	ENALAPRIL COM 10MG	\$ 71	\$ 7.100
	100	NR	IBUPROFENO 200MG/5ML FCO	\$ 1.071	\$ 107.100
	100	NR	AGUA BIDESTILADA	\$ 117	\$ 11.700
	10	NR	CABESTRILLO PEQUEÑO	\$ 1.345	\$ 13.450
				SUBTOTAL	\$ 236.895
				TOTAL	\$ 236.895

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 2° AB.
 JEFE DEPTO. AB. Y FZAS.