ARMADA DE CHILE

DIRECCION DE SANIDAD DE LA ARMADA

HOSPITAL NAVAL DE PUERTO WILLIAMS

Nº Carta Orden **051/2016**

Fecha: **13/06/2016**

Señor(es)

Nombre **HOSPITAL DE LAS FF.AA C.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:

Nº	Cantidad	U.E.	DESCRIPCION	Unitario	TOTAL
	20	NR	LACTULOSA SOL ORAL 65%	$ 2.249	$ 44.980
	50	NR	LEVOFLOXACINO 500MG	$ 1.724	$ 86.200
	20	NR	ONDASENTRON 4MG	$ 430	$ 8.600
	30	NR	SAL HIDRATANTE	$ 277	$ 8.310
	40	NR	VENDA GAS.ELASTICA 10CMX4MT	$ 148	$ 5.920
	10	NR	VENDA ELASTICA 10CM X 4,5MT	$ 1.175	$ 11.750
				SUBTOTAL	**$ 165.760**
				TOTAL	**$ 165.760**

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.