

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

N° Carta Orden **027/2016**

Fecha: **12/05/2016**

Señor(es)

Nombre **FARMACEUTICA CARIBEAN**
 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:

N°	Cantidad	U.E.	DESCRIPCION	Unitario	TOTAL
	15	NR	HIPOGLOS CRM 35 GR	\$ 1.300	\$ 19.500
	60	NR	CINARIZINA 75 MG X 60 CAP	\$ 44	\$ 2.640
	15	NR	KILNITS SHAMP 1 % 100 ML	\$ 2.329	\$ 34.935
	3000	NR	FOLACID 1 MG X 1000 COMP	\$ 12,6	\$ 37.800
				SUBTOTAL	\$ 94.875
				IVA 19 %	\$ 18.026
				TOTAL	\$ 112.901

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**
 FONOS : **09 92192461 - 061 2624254**

Saluda Atentamente a Uds.,



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