

Solicitud de Cotización N.º 20 / 2025. –

Sector: DROGUERIA FARMAFUEGO  
Nombre o Razón Social del Proponente: .....  
Domicilio: ..... Localidad: ..... Código Postal:.....  
C.U.I.T: ..... Teléfono: .....  
Correo Electrónico: .....  
Observaciones: El precio deberá ser valor Neto de la mercadería. En caso de contar con servicio de entrega puerta a puerta, discriminar el valor del flete. La cotización deberá realizarse sin considerar el I.V.A. según ley 19.640. Si el proveedor se encuentra domiciliado en Territorio Aduanero General deberá emitir Facturas E, en caso de encontrarse en A.A.E. Tierra del Fuego podrá emitir Facturas A sin IVA o C. Presentación de Presupuesto: [compras@labfindelmundo.com.ar](mailto:compras@labfindelmundo.com.ar) o Vito Dumas 178. Vencido el plazo, la falta de respuesta se lo considerara negativa a cotizar. –

| Reng. | Descripción                                       | Cantidad | Precio Unit. | Importe |
|-------|---------------------------------------------------|----------|--------------|---------|
| 1     | Goserelin 3.6 mg Fco. Amp.                        | 6        |              |         |
| >>    | Goserelin 3.6 mg Fco. Amp.                        |          | .....        | .....   |
| 2     | FORTEO 250 mcg Lap. Prell.                        | 2        |              |         |
| >>    | FORTEO 250 mcg Lap. Prell.                        |          | .....        | .....   |
| 3     | Ribociclib 200 mg x 63 Comp                       | 1        |              |         |
| >>    | Ribociclib 200 mg x 63 Comp                       |          | .....        | .....   |
| 4     | Letrozol 2.5 mg x 30 Comp.                        | 1        |              |         |
| >>    | Letrozol 2.5 mg x 30 Comp.                        |          | .....        | .....   |
| 5     | Ácido Zoledrónico 4 mg Fco. Amp.                  | 1        |              |         |
| >>    | Ácido Zoledrónico 4 mg Fco. Amp.                  |          | .....        | .....   |
| 6     | Filgrastim 300 UI x 5 Fco. Amp.                   | 1        |              |         |
| >>    | Filgrastim 300 UI x 5 Fco. Amp.                   |          | .....        | .....   |
| 7     | KESIMPTA (Ofatumumab 20 mg/0,4 ml sol. iny. x 1 ) | 1        |              |         |
| >>    | KESIMPTA (Ofatumumab 20 mg/0,4 ml sol. iny. x 1 ) |          | .....        | .....   |
| 8     | Humira AC x 2 (40 mg)                             | 30       |              |         |
| >>    | Humira AC x 2 (40 mg)                             |          | .....        | .....   |
| 9     | Skyrizi 150 mg lap prell x 1                      | 2        |              |         |
| >>    | Skyrizi 150 mg lap prell x 1                      |          | .....        | .....   |
| 10    | zemplar 5 mcg vial x 5 x 1 ml                     | 8        |              |         |
| >>    | zemplar 5 mcg vial x 5 x 1 ml                     |          | .....        | .....   |
| 11    | zamplar 2 mcg caps x 30                           | 5        |              |         |
| >>    | zamplar 2 mcg caps x 30                           |          | .....        | .....   |

TOTAL : .....

En letras: .....  
.....

|                                                         |                                                               |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| * Los precios deberán expresarse hasta dos decimales. - |                                                               |
| <b>OBSERVACIONES :</b>                                  | <b>EL FLETE DEBE ESTAR INCLUIDO HASTA EL LUGAR DE ENTREGA</b> |
| Recepción de Ofertas hasta:                             | Hasta las 15hs del día 09/09/2025                             |
| Condición de Pago:                                      | E-CHECK A SESENTA (60) DIAS                                   |
| Plazo de Entrega:                                       | INMEDIATO                                                     |
| Validez de la Oferta:                                   | TREINTA (30) DIAS                                             |
| Vencimiento de los productos:                           | UN (1) AÑO                                                    |
| Observaciones:                                          | INDICAR MARCAS DE LOS MISMOS                                  |

.....  
Firma y Sello Responsable