ARMADA DE CHILE
RECCION DE SANIDAD DE LA ARMADA
OSPITAL NAVAL DE PUERTO WILLIAMS

**Nº Carta Orden** **105/2015**

**Fecha:** **21/09/2015**

**Señor(es)**

Nombre FARMALATINA
Rut.
Dirección
Ciudad
Teléfono FAX:
Atencion

**Servicios**

Fecha
Lugar entrega PUERTO WILLIAMS
FONO 061-621593
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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | NR | PUNTAS AMARILLAS GILSON SIN CORONA 2-2000 UL 1000 UN | $ 15.800 | $ 31.600 |
| | 1 | NR | MICRAL TEST MICROALBUMINURIA | $ 37.900 | $ 37.900 |
| | 5 | NR | TUBO AL VACIO ACT COAGULATION IMPROVE ROJO 9 ML 100 UN | $ 7.900 | $ 39.500 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | **SUBTOTAL** | **$ 109.000** |
| | | | | **IVA** | **$ 20.710** |
| | | | | **TOTAL** | **$ 129.710** |

**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**
DIRECCI **MC INTYRE S/N**
FAX: **061-621593**
E-MAIL: AARRIAGADA@SANIDADNAVAL.CL
CONSUL **ANDY ARRIAGADA VEJAR**
FONO : **09 92192461 - 061 624254**

Saluda Atentamente a Uds.,

ARMADA DE CHILE
HOSPITAL PTO. WILLIAMS
JEFE DEPTO. ABASTECIMIENTO

**ANDY ARRIAGADA VEJAR**
**TENIENTE 2º AB**
**JEFE DEPTO FINANZAS Y AB.**