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

Nº Carta Orden **046/2016**

Fecha: **15/06/2016**

Señor(es)

Nombre **FAARMALATINA**
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
	1	NR	SOLUTION PACK NA/K/CL EASTLITE 400 ML	$ 88.900	$ 88.900
	4	NR	TUBO AL VACIO TAPA ROJA 4 ML (13 X 75 MM) X 100 UN	$ 5.900	$ 23.600
				SUBTOTAL	$ 112.500
				IVA 19 %	$ 21.375
				TOTAL	$ 133.875

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 DEPTO. ABAS. Y ECIMIENTO

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