**ANEXO I**

**PLANILLA DE COTIZACIÓN EX-2017-07175565- -APN-DA#EDUCAR – DIR. CENTROS DE INNOVACIÓN**

|  |
| --- |
| **Bienes y/o Servicios Solicitados** |
| **R.** | **Descripción** | **Unid. de Medida** | **Cant.** | **IVA** | **Costo unitario S/IVA** | **Costo Total S/IVA** | **Costo Total C/IVA** |
| **1** | Caja guantes de látex sin polvo talle xs | Un. | 100 |  |  |  |  |
| **2** | Caja guantes de látex sin polvo talle s | Un. | 148 |  |  |  |  |
| **3** | Caja guantes de látex sin polvo talle m | Un. | 148 |  |  |  |  |
| **4** | Caja guantes de látex sin polvo talle l | Un. | 100 |  |  |  |  |
| **5** | Caja guantes de látex sin polvo talle xl | Un. | 72 |  |  |  |  |
| **6** | Caja de guantes de nitrilo xs | Un. | 49 |  |  |  |  |
| **7** | Caja de guantes de nitrilo s | Un. | 54 |  |  |  |  |
| **8** | Caja de guantes de nitrilo m | Un. | 54 |  |  |  |  |
| **9** | Caja de guantes de nitrilo l | Un. | 54 |  |  |  |  |
| **La Suma de:** |

**EL OFERENTE DEBERA INDICAR Y DISCRIMINAR EL PORCENTAJE DE IVA INCLUIDO EN LA OFERTA (10,5% - 21%)**

LA PLANILLA DEBERA ESTAR ESCRITA EN PROCESADOR DE TEXTO, SIN EXCEPCION.

**TOTAL OFERTA:………………………………….………………………………………………… (Pesos:…………..……….……)**

**RAZON SOCIAL:**

**Nº DE CUIT:**

**CONTACTO**

**EMAIL**

**NUMEROS TELEFONICOS:**

**DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:**

**CBU:**