|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO II - PLANILLA DE COTIZACIÓN**  **EX-2024-23189171- -APN-DAYF#EDUCAR - SERVICIO DE MEDICINA LABORAL EXTERNO** | | | | | | | |
| **Renglón único / Ítems** | **Descripción** | | | **Unidad de Medida** | **Cantidad** | **Costo unitario con IVA INCLUIDO** | **Costo Total IVA INCLUIDO** |
| 1 | CONTROL DE AUSENTISMO (De acuerdo con las Especificaciones Técnicas - ANEXO I) | | | UNIDAD | 150 |  |  |
| 2 | EXAMENES PREOCUPACIONALES (De acuerdo con las Especificaciones Técnicas - ANEXO I) | | | UNIDAD | 100 |  |  |
| 3 | EXAMENES PREOC INTERIOR PAIS (De acuerdo con las Especificaciones Técnicas - ANEXO I) | | | UNIDAD | 10 |  |  |
| 4 | INTERCONSULTA CON ESPECIALISTA (De acuerdo con las Especificaciones Técnicas - ANEXO I) | | | UNIDAD | 5 |  |  |
| **La Suma Total de pesos (en letras y números):**  **Incluye IVA del %** | | | | | | | |  |  |
| **LOS OFERENTES DEBERÁN INDICAR LA ALÍCUOTA DE I.V.A. APLICABLE A BIEN O SERVICIO COTIZADO** | | | | | | | |
| **Datos del oferente** | | | | | | | |
| **Razón social** | |  | | | | | |
| **C.U.I.T.** | |  | | | | | |
| **Contacto** | |  | | | | | |
| **E-mail** | |  | | | | | |
| **Teléfono** | |  | | | | | |
| **Domicilio** | |  | | | | | |
| **Datos bancarios** | | | | | | | |
| **Banco** | |  | | | | | |
| **Cuenta** | |  | | | | | |
| **C.B.U.** | |  | | | | | |
| **El titular de la cuenta bancaria deberá corresponderse con la persona del Adjudicatario** | | | | | | | |
| **La planilla deberá estar completa en procesador de texto sin excepción.** | | | | | | | |
| **Completar datos bancarios, en el caso de ser adjudicatario, el pago es por transferencia bancaria** | | | | | | | |
| **Firma y Aclaración** | | |  | | | | |