PAC Nº: 321.070

ADENDA Nº 03 /2016

DEPARTAMENTO DE LICITACIONES UOC N° 01 NIVEL CENTRAL DEL M.S.P. y B.S.

COMUNICA POR ESTE MEDIO; QUE EN EL MARCO DE LA **LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 18/17 "ADQUISICION DE ATOSIBAN EN AMPOLLAS PARA EL MSPBS"-AD REFERENDUM - ID N° 321.070,** SE REALIZAN LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES ESPECÍFICAMENTE EN LOS SIGUIENTES PUNTOS, QUEDANDO REDACTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

SECCIÓN I. DATOS DE LA LICITACIÓN (DDL)

	D. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS
IAO 23.1	**Para propósitos de la presentación de las ofertas,** la dirección de la Convocante es: Atención: **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social** ING. M.A.E. Sergio Barrios Heyn, Director General Dirección: AVDA. PETTIROSSI y BRASIL Piso/Oficina: PLANTA BAJA - MESA DE ENTRADA Ciudad: Asunción, Paraguay **La fecha límite para presentar las ofertas es:** **Fecha: 17** ***de febrero de 2017*** **Hora:** ***09:50***
IAO 26.1	**La apertura de las ofertas tendrá lugar en:** Dirección: AVDA. PETTIROSSI y BRASIL Piso/Oficina: PLANTA BAJA - MESA DE ENTRADA Ciudad: **Asunción, Paraguay** **Fecha: 17** ***de febrero de 2017*** **Hora:** ***10:00***

SECCIÓN III

REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS

1. LISTA DE BIENES REQUERIDOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Ítem	Cód. Cat.	Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Presentación	Unidad de Medida	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima
1	51181999-9999	Atosiban	7,5 mg/5ml	Solución Inyectable	Ampolla	Unidad	4000	8.000
2	51181999-9999	Atosiban	0,9ml/0,75mg	Solución Inyectable	Ampolla	Unidad	500	1.000

Sección VI. Formularios

FORMULARIO N° 3

Formulario de Oferta

								Fecha:_____ LPN No:_____		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item*	Código Catalogo*	Descripción del Bien *	Marca**	Procedencia**	Unidad de Medida*	Cantidad Minima	Cantidad Maxima	Presentación*	Precio unitario (IVA incluido)**	Precio Total (IVA incluido)**
1	51181999-9999	Atosiban			Unidad	4.000	8.000	Ampolla		
2	51181999-9999	Atosiban			Unidad	500	1000	Ampolla		
									**Precio Total:	

***Campo a ser completado por el Convocante**
****Campo a ser completado por el Oferente**

Lista de Precios

Monto total de la Oferta: Son Guaranies.....(Gs.....) IVA incluido.-

No serán aceptadas ofertas con decimales

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [*indicar el nombre completo del Oferente]*
El día _____ del mes _____ del año _____ *[indicar la fecha de la firma]*

Asunción, 08 de febrero de 2017