**FORMULARIO F2**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADQUISICIÓN DE CILINDROS DE OXÍGENO MEDICINAL** |  **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE**  |
|  **Nº ítem**  |  **Nombre de los Bienes (Equipo)**  | **Cantidad** |  **Precio referencial Unitario Bs. (con impuestos)**  |  **Precio Referencial total Bs. (con impuestos)**  | **Cantidad** |  **Precio referencial Unitario Bs. (con impuestos)**  |  **Precio Referencial total Bs. (con impuestos)**  |
| 1 |  CILINDRO DE OXIGENO MEDICINAL | 1000 | 2.900,00 | 2.900.000,00 |   |   |   |