**FORMULARIO F3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CILINDRO DE OXIGENO MEDICINAL** | **LUGAR Y TIEMPO DE ENTREGA** | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** |
| **Nº ítem** | **Nombre de los Bienes (Equipo)** | **Cantidad**  | **LUGAR DE ENTREGA** | **TIEMPO DE ENTREGA** | **LUGAR DE ENTREGA** | **CANTIDAD**  | **TIEMPO DE ENTREGA** |
| 1 |  **CILINDRO DE OXIGENO MEDICINAL** | 1000 | En almacenes del Central de Abastecimiento y Suministros de Salud El Alto - La Paz | 60 días |   |   |   |