ILUSTRE MUNICIPALIDAD SAN ROSENDO
DEPTO. ADMINISTRACION DE SALUD
Baquedano 95-Fono/Fax (43) 332092 – 469470
R.U.T. : 69.151.102 – 2
San Rosendo

ORDEN DE COMPRA : Nº 008

Proveedor**: MAYORDENT DENTAL LTDA.**

Dirección: **CONCEPCION**

Sírvase remitirnos lo siguiente: Factura en original y 2 copias y adjuntar Orden de Compra

CANTIDAD	UNIDAD	ARTICULOS	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
40	**UNIDAD**	**COLGATE CEPILLO DENTAL 5 Y + AÑOS**	**857,14**	**34.286**
40	**UNIDAD**	**COLGATE CREMA DENTAL BOB**	**563,03**	**22.521**
		MOTIVO: INSUMOS DENTALES PROGRAMA		
		MEJORAMIENTO		
		FAMILIAR.		

NOTA: La presente Orden deberá venir anexada a las facturas las que se-	**NETO**	**56.807**
ran confeccionadas por Ud. con fecha 30 de cada mes a fin de llevar un	**IVA**	**10.793**
control más exacto y proceder a su cancelación en forma más expedita.	**TOTAL**	**67.600**

CRISTIAN VALENZUELA M.	**DR. PATRICIO MONCADA R.**	**O SEPULVEDA**	1.- PROVEEDOR
FINANZAS	DIRECTOR	ALCALDE	2.- FINANZAS
			3. COPIA ARCHIVO