

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

NOTA: PARA TODOS LOS CONTRATOS		1. Programación de estudios (maximo de 15 días). Solo en caso de urgencias previamente indicadas por Pensiones Civiles del Estado el tiempo máximo sera de 72 horas. Con excepcion de oftalmología que serán 10 días.	
		2. Es responsabilidad del proveedor, en caso de no poder realizar el procedimiento adjudicado, la subrogación a terceros. En dicho caso, el costo al Instituto sera el estipulado en el presente contrato.	
DELEGACION CHIHUAHUA			
ESPECIFICACIONES.	1K	MEDICINA NUCLEAR EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	
	PARTIDA	CLAVE	CONCEPTO
	4	3.0.0.22	BUSQUEDA DE MUCOSA GASTRICA ECTOPICA
	30	3.0.0.11	GAMAGRAMA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO
	32	3.0.0.13	GAMAGRAMA PULMONAR
	34	3.0.0.45	GAMAGRAMA PULMONAR PERFUSORIO
	42	3.0.0.51	GAMAGRAMA TESTICULAR
	47	3.0.0.54	GAMAGRAMA UBI TECNECIO
	56	3.0.0.69	TRATAMIENTO CON SAMARIO 153 INCLUYE RASTREO OSEO POST.
	57	3.0.0.70	TRATAMIENTO DE SAMARIO 153

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal

DATOS DEL PROVEEDOR:

Fecha: _____

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

NOTA: PARA TODOS LOS CONTRATOS		<p>1. Programación de estudios (maximo de 15 días). Solo en caso de urgencias previamente indicadas por Pensiones Civiles del Estado el tiempo máximo sera de 72 horas.</p> <p>2. Es responsabilidad del proveedor, en caso de no poder realizar el procedimiento adjudicado, la subrogación a terceros. En dicho caso, el costo al Instituto sera el estipulado en el presente contrato.</p>	
DELEGACIÓN CD. JUÁREZ			
ESPECIFICACIONES.	2L	OFTALMOLOGIA EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	
	PARTIDA	CLAVE	CONCEPTO
<p>1.-El procedimiento incluye sin costo adicional, la consulta pre y postoperatoria sin numero limitativo.</p> <p>2.- Los proedimientos deben incluir la anestesia local.</p> <p>3.-Los resultados serán entregados al paciente en un lapso que no exceda de 24hr despues de realizado el estudio.</p>	25	21.0.0.107	PROC. QX DE COLOCACIÓN DE VALVULA AHMED POR OJO (INCLUYE VALVULA)

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal