

 Municipio de Tigre	Secretaría de Gobierno Despacho General y Digesto ORDENANZA 3057/09	D6 DONACIONES
---	---	-------------------------

Copia para información pública. Válida para trámites sólo en caso de ser autenticada por la Dirección de Despacho General y Digesto

CORRESPONDE EXPTE. 4112-17.863/09: HCD-144/09

TIGRE, 2 de diciembre de 2009.-

VISTO:

La Ordenanza N° 3057/09, sancionada por el Honorable Concejo Deliberante de Tigre, en Sesión del 24 de noviembre de 2009, que textualmente se transcribe:

ORDENANZA

ARTICULO 1.- Acéptase la donación efectuada por el Ministerio de Salud de la Nación de dos respiradores marca Phillips Maquet, cuyas características se detallan en la planilla de instalación que se incorpora como anexo de la presente, los que se incorporan al patrimonio municipal con destino a la Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano.

ARTICULO 2.- Comuníquese al D.E., a sus efectos.-
SALA DE SESIONES, 24 de noviembre de 2009.-

Por ello el Intendente Municipal del Partido de Tigre en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 108, inciso 2), de la Ley Orgánica de las Municipalidades.

DECRETA

ARTICULO 1.- Promúlgase la Ordenanza N° 3057/09.-

ARTICULO 2.- Refrende el presente Decreto el señor Secretario de Gobierno.

ARTICULO 3.- Dése al Registro Municipal de Normas. Publíquese en el Boletín Oficial de la Municipalidad de Tigre. Notifíquese por la Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano. Intervenga Área Patrimonio.

O1331-1
BO.587
04-12-09

Firmado: Sergio Massa, Intendente Municipal. Eduardo Cergnul, Secretario de Gobierno.

Es impresión del original digitalizado conservado en archivo magnético en Despacho General y Digesto

DECRETO N° 1881/09





Representante Oficial



Planilla de Instalación, Servo i-s MAQUET
Com: Av. Belgrano 1217 - Piso 10 - Of. 105
Téc: Av. Belgrano 1217 - Piso 9 - Of. 905
(C1093AAA) Buenos Aires - Argentina
Tel/Fax: 011 52186686 / 877 56 12 10
www.agimed.com.ar



HOSPITAL Munic. de Tigre S/N 11558

FECHA 28/11/09

Certifico por el presente que he recibido a entera satisfacción y en perfecto estado de funcionamiento el siguiente equipamiento:

<input type="checkbox"/> SERVO i	<input checked="" type="checkbox"/> SERVO S
INSPECCIÓN E INSTALACIÓN	

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Auto Chequeo | <input checked="" type="checkbox"/> Horas de uso <u>24</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Versión Software <u>4.0</u> | <input type="checkbox"/> Humificador |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pantalla (n/s <u>210198</u>) | <input type="checkbox"/> Nebulizador |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cassette esp. n/s <u>114985 / 115024</u> | <input checked="" type="checkbox"/> Colocación Celda O2 (n/s <u>AA123345</u>) |

MODOS VENTILATORIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SV NIÑO | <input type="checkbox"/> SV ADULTO | <input type="checkbox"/> SV BASICO | <input type="checkbox"/> SV AMPLIADO |
| <input checked="" type="checkbox"/> VC | <input checked="" type="checkbox"/> SIMV (VC)+PS | <input type="checkbox"/> BIVENT | <input type="checkbox"/> OLT |
| <input checked="" type="checkbox"/> PC | <input checked="" type="checkbox"/> SIMV (PC)+PS | <input type="checkbox"/> AUTOMODO | <input type="checkbox"/> CO2 |
| <input type="checkbox"/> VCRP | <input type="checkbox"/> SIMV (VCRP)+PS | <input checked="" type="checkbox"/> VNI | <input type="checkbox"/> NAVA |
| <input type="checkbox"/> VS | <input checked="" type="checkbox"/> PS/ CPAP | <input type="checkbox"/> CPAP NASAL | <input checked="" type="checkbox"/> MECANICA VENT. |

ACCESORIOS

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CARRO MOVIL | <input checked="" type="checkbox"/> MANUAL DE USUARIO | <input checked="" type="checkbox"/> MANGUERA AIRE Y O2 |
| <input checked="" type="checkbox"/> BRAZO SOPORTE | <input checked="" type="checkbox"/> TUBO DE PRUEBA | <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA |
| <input checked="" type="checkbox"/> CIRCUITO PACIENTE () | <input checked="" type="checkbox"/> PULMÓN DE PRUEBA | <input type="checkbox"/> SOPORTE HUMIDIFICADOR |
| <input type="checkbox"/> FILTROS ANTIBACTERIANOS () | | |

OBSERVACIONES: _____

Este certificado se firma de acuerdo a lo establecido en el contrato de compraventa, habiéndose realizado las pruebas de puesta en funcionamiento en presencia de ambas partes.

Responsable técnico de la empresa:

Conformidad del Equipo

FIRMA: [Firma]

FIRMA:

ACLARACIÓN: H. PENA

ACLARACIÓN:

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.