



COLETA DE PREÇOS PROCESSO Nº 0100/17

EMPRESA:

RUA: _____ nº _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CNPJ: _____

TEL: _____ **FAX:** _____ **E-mail:** _____

CONTA CORRENTE: _____ **AGÊNCIA:** _____

BANCO: _____

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
1	230		Lente ocular câmara posterior, tamanho óptico 7,0mm ângulo de 10º bio convexo, construção multi peças, comprimento 14mm com dois furos de posicionamento, estilo tátil modificado em "J" "A" e com alça de prolene constante - 118.3 diâmetro variáveis (graus) entre - 5,0 + 35.0. Aplicação: Procedimentos Oftalmológico Nota: O HMMR, através da Equipe de Oftalmologia deverá opinar tecnicamente quanto a qualidade das lentes ofertadas.			
			Aumento da demanda de cirurgias de catarata. Entrega: - O fornecedor deverá entregar no prazo máximo de 15 dias, a contar da data de solicitação do HMMR, através de email. - O HMMR irá informar ao fornecedor os diâmetros variáveis (graus). - As lentes deverão ter no mínimo doze (12) meses de validade a contar da data de entrega. Local de entrega: Hospital Municipal Dr. Munir Rafful Av. Jaraguá nº 1.070 Bairro Retiro Volta Redonda - RJ CEP: 27275-570			

TOTAL GERAL

VALIDADE DE PROPOSTA: **30 (trinta) dias**

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: **30 (trinta) dias**

PRAZO DE ENTREGA: **IMEDIATA/15 dias**

Em,

Assinatura do Responsável
Carimbo da Empresa



- Constar de forma clara e inequívoca, as **DESCRIÇÕES** do(s) material(s) ofertado(s), em consonância com as especificações solicitadas, indicando a(s) **MARCA(S)**, e quando for o caso embalagem com o quantitativo do material, e contendo apenas uma cotação para cada item;
- A proposta deverá ser enviada até 15/02/2017

Volta Redonda, 13 de fevereiro de 2017

Cláudio de Alcântara Neves
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMVR
Fax: (024) 3339-9625
ou cpl4.fms.sms@epdvr.com.br