



DISPENSA DE LICITAÇÃO – PROCESSO Nº 1033/2016
COLETA DE PREÇOS

EMPRESA:

RUA: n°

BAIRRO: **CIDADE:** **CEP:**

CNPJ:

TEL: **E-MAIL:**

CONTA CORRENTE: **AGÊNCIA:** **BANCO:**

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	01	Und.	Prótese Testicular Gelsilicone - 26 x 34 mm - médio - 10ml, compatível com as marcas: Silimed #2 referência 3230 - 010 / #2 e Medicone código 1694193			

TOTAL GERAL

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

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

PRAZO DE ENTREGA: **IMEDIATA**

Em,

Assinatura do Responsável
Carimbo da Empresa

IMPORTANTE: Favor preencher, carimbar e assinar, informar todos os dados solicitados no modelo acima.
OBS: Pedimos que seja feito o orçamento conforme a especificação do produto.

Volta Redonda, 09 de agosto de 2016

Adélia F. Novais Cavalcanti
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMVR
Fax: (024) 3339-9627/ 3347-2546/ 3347-4581
ou cpl2.fms.sms@epdvr.com.br