



COLETA DE PREÇOS PROCESSO Nº 0072/17

EMPRESA:

RUA: _____ nº _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CNPJ:

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

CONTA CORRENTE: _____ **AGÊNCIA:** _____

BANCO:

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
1	810	u	FORMULA DE NUTRIÇÃO COMPLETA HIPERCALORICA HIPERPROTEICA USO ORAL OU SONDA ISENTA LACTOSE E GLUTEN- 200ML (ENSURE PLUS)			
TOTAL GERAL						

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

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

PRAZO DE ENTREGA: **IMEDIATA/10 dias**

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 08/02/2017

Volta Redonda, 06 de fevereiro de 2017

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