



DISPENSA DE LICITAÇÃO – PROCESSO Nº 144/2016
COLETA DE PREÇOS

EMPRESA:

RUA: _____ **nº** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CNPJ: _____

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

CONTA CORRENTE: _____ **AGÊNCIA:** _____

BANCO: _____

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	010	UNID.	SERVICOS MEDICO-HOSPITALAR, ODONTOLOGICOS E LABOR. Para atender pacientes com doença genética que apresentam deficiência de biotinidase. Necessário dosagem de vitamina B8 para diagnóstico e acompanhamento de tratamento.			

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, 16 de março de 2016.

Adélia F. Novais Cavalcanti
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMVR
(024) 3339-9623 - Fax: (024) 3347-2546/3347-4581
cpl2.fms.sms@epdvr.com.br