

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

A QUEM POSSA INTERESSAR:

Solicitamos fornecimento de Cotação de Preços para o Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão que administra a Policlínica Regional de Saúde da Região em Feira de Santana.

A planilha de cotação em anexo deverá ser preenchida sem alterações, todos os campos deverão ser preenchidos, deverá ser impressa em papel timbrado, assinada, datada e carimbada.

O documento deverá ser entregue em cópia até o dia **30/09/2020** através do e-mail:

comprasconsorciodesaudefsa@hotmail.com e também em original no endereço abaixo:

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão na Rua São Cosme e Damião nº 500, Bairro Santa Monica I, Feira de Santana-BA CEP: 44.077-744.

Telefone para contato: (75) 3625-8196 / 3622-0094



Rangel Carvalho

Diretor Administrativo/Financeiro

Responsável Técnico Setor de Compras

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região em Feira de Santana



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:	
CNPJ:	CEP:
ENDEREÇO:	UF:
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:	CONTATO:
EMAIL:	

OBJETO: Contratação de empresa especializada em adesivos e placas de sinalização dos ambientes e identificação dos grupos de resíduos da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana/BA.

LOTE 01

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UND	QTD	V.UNITÁRIO	V. TOTAL
1	ADESIVO leitoso, fundo branco, com a letra vazado em branco, para placa adesivada em poliestireno 2mm, medindo 20,0 cm de altura X 20,0 cm de largura, conforme modelo padrao da unidade. <u>Sem instalação.</u>	UN	15		
2	ADESIVO leitoso, fundo branco, com a letra vazado em branco, para placa adesivada em poliestireno 2mm, medindo 23,0 cm de altura X 23,0 cm de largura, conforme modelo padrao da unidade. <u>Sem instalação.</u>	UN	1		
				VALOR GLOBAL	R\$

Rua São Cosme E Damião | 500 | Santa Mônica | Feira de Santana-Ba

consorciportalosertao.ba.ipmbrasil.org.br

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:			
CNPJ:		CEP:	
ENDEREÇO:			UF:
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:		CONTATO:	
EMAIL:			
VALOR GLOBAL POR EXTENSO LOTE 01:			

LOTE 02					
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UND	QTD	V.UNITÁRIO	V. TOTAL
1	ADESIVO leitoso, fundo branco, com impressão de imagem de alta resolução. Sem instalação - GRUPO A - Tamanho: Retangular 30 cm x 20 cm	UN	10		
2	ADESIVO leitoso, fundo branco, com impressão de imagem de alta resolução. Sem instalação - GRUPO D - Tamanho: Retangular 30 cm x 20 cm	UN	30		
3	ADESIVO leitoso, fundo branco, com impressão de imagem de alta resolução. Sem instalação - Tamanho: Retangular 30 cm x 20 cm	UN	15		
				VALOR GLOBAL	R\$
VALOR GLOBAL POR EXTENSO LOTE 02:					

LOTE 03					
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UND	QTD	V.UNITÁRIO	V. TOTAL
1	Placa de sinalização em poliestireno 2mm, fundo azul, para aplicação de adesivo, dimensões 23x23 cm, fixação através de dupla face. Conforme modelo padrão da unidade. Sem instalação.	UN	1		

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:			
CNPJ:		CEP:	
ENDEREÇO:			UF:
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:		CONTATO:	
EMAIL:			
2	PLACA, de acrílico cristal 4mm (para missão visão e valores) tamanho 60 cm X 50 cm, com aplicação de adesivo invertido, fundo transparente e preso com parafusos cromados. Sem instalação.	UN	3
			VALOR GLOBAL R\$
VALOR GLOBAL POR EXTENSO LOTE 03:			

JUSTIFICATIVA: Faz-se necessária a correção da sinalização dos ambientes internos da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana/BA para encaminhamento dos pacientes e fluxos de trabalho e a identificação de cada resíduo produzido nas Instalações da Policlínica de forma a atender o que é orientado pelos órgãos fiscalizadores e sanitários.

_____ - _____, _____ de _____ de 2020

validade da proposta: 60 (sessenta) dias.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME: _____

CPF: _____

RG: _____

CARIMBO DA EMPRESA