

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 **13/10/2020** 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 FORNECIMENTO DE TRANSDUTORES PARA EQUIPAMENTO DE ULTRASSOM PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA.

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	V.UNIT.	V.TOTAL
1	TRANSDUTOR LINEAR L5-10-40E CL Equipamento USG Claris 2200 nº de série C2E0000145 e C2E0000146	UN	2	R\$ -	R\$ -
VALOR TOTAL				R\$	-
VALOR GLOBAL POR EXTENSO:					

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

consorciportalodosertao.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:	

_____ de _____ de 2020.

Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias.

Prazo de Entrega:

Condições de Pagamento:

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME: _____

CPF: _____

RG: _____

CARIMBO DA EMPRESA