

**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 **10/07/2020** 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 PALETES PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA POLICLINICA REGIONAL DE SAUDE DE FEIRA DE SANTANA-BA.

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

<b>EMPRESA:</b>					
<b>CNPJ:</b>			<b>CEP:</b>		
<b>ENDEREÇO:</b>					<b>UF:</b>
<b>INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:</b>			<b>CONTATO:</b>		
<b>EMAIL:</b>					
ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	V.UNIT.	V.TOTAL
1	Pallet plástico. Dimensões (CxLxA): 110cmx110cmx15cm	UN	10		
<b>VALOR TOTAL</b>					
<b>VALOR GLOBAL POR EXTENSO:</b>					

JUSTIFICATIVA: A CONTRATAÇÃO SE FAZ NECESSÁRIA PARA O ATENDIMENTO ÀS NORMAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES DA FARMÁCIA DA POLICLINICA REGIONAL DE SAUDE DE FEIRA DE SANTANA-BA.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**validade da proposta: 60 (sessenta) dias.**

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA**

NOME: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_

**CARIMBO DA EMPRESA**