

**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 **18/09/2020** através do e-mail: [comprasconsorciodesaudefsa@hotmail.com](mailto: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 PINÇAS PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA.

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	V.UNIT.	V.TOTAL
1	CURETA NOVAK, para biopsia, 23 cm, diâmetro de 4 mm.	UN	6		R\$ -
<b>VALOR TOTAL</b>					
<b>VALOR GLOBAL POR EXTENSO:</b>					

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

[consorciportalosertao.ba.ipmbrasil.org.br](http://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>	
JUSTIFICATIVA: A CONTRATAÇÃO SE FAZ NECESSÁRIA PARA A VIABILIZAÇÃO DA ABERTURA DO SERVIÇO DE HISTEROSCOPIA, GARANTINDO A DIMINUIÇÃO DE DEMANDA REPRIMIDA NOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, ALÉM DA QUALIDADE, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E SEGURANÇA DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE 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