

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

A QUEM POSSA INTERESSAR:

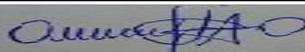
Solicitamos fornecimento de Cotação de Preços para o Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão que administra a Policlínica Regional de Saúde da Região em Feira de Santana.

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 PLÁSTICO EM PVC TRANSPARENTE PARA REVESTIMENTO DOS BANCOS DOS VEÍCULOS DA FROTA PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA POLICLINICA REGIONAL DE SAUDE DE FEIRA DE SANTANA-BA.

LOTE01

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:					
ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	V.UNIT.	V.TOTAL
1	PLÁSTICO EM PVC TRANSPARENTE 0,15mm 1,50 x 2,00. Bobinas de 50m	UN	10		
VALOR TOTAL					
VALOR GLOBAL POR EXTENSO:					

JUSTIFICATIVA: A CONTRATAÇÃO SE FAZ NECESSÁRIA PARA O ATENDIMENTO ÀS NORMAS E ORIENTAÇÕES SANITÁRIAS NO COMBATE A COVID-19 COMO MEDIDA DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA INDIVIDUAL DE PACIENTES E EQUIPE DE PROFISSIONAIS 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