

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.

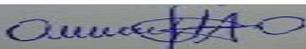
A planilha de cotação em anexo deverá ser preenchida sem alterações, todos os campos deverão ser preenchidos, deverá ser impressa em papel timbrado, assinada, datada e carimbada.

O documento deverá ser entregue em cópia até o dia 20/03/2020 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 verificação de funcionamento de monitor cardíaco Holter e monitor cardíaco MAPA com emissão de relatório de calibração.

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 DO PRODUTO	UND	QTD	V.UNITÁRIO	V.TOTAL
1	Verificação do funcionamento de equipamento de HOLTER com emissão do relatório de calibração.	UN	10		
2	Verificação do funcionamento de equipamento de MAPA com emissão do relatório de calibração.	UN	10		
				VALOR GLOBAL	R\$
VALOR GLOBAL POR EXTENSO:					

Justificativa: Faz-se necessária a verificação e a calibração dos equipamentos para realização dos procedimentos de aferição da pressão arterial realizados pela Policlínica Regional de Saúde da Região 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