

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 **03/08/2020** 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



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:

INSUMO MÉDICO HOSPITALAR

ITEM	DESCRIÇÃO DOS ITENS	UND	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	TESTE, diagnostico rapido, para COVID-19, IgG/IgM, metodologia de imunocromatografia. Embalagem com dados de identificacao do produto, marca do fabricante, bula em portugues, data de fabricacao, prazo de validade e Registro no Ministerio da Saude.	Und.	250	-	-
VALOR TOTAL					-



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:

VALOR TOTAL POR EXTENSO:

PRAZO DE ENTREGA

_____ de _____ de 2020.

validade da proposta: 60 (sessenta) dias.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME: _____

CPF: _____

RG: _____

CARIMBO DA EMPRESA