



Hospital Misericórdia de Santos Dumont

Rua Vieira Braga, 01 - Centro - Santos Dumont/MG - Cep: 36.240-081

Telefone: (32) 3252-9800 - CNPJ: 24.573.438/0001-27

ANEXO II - MODELO DA PROPOSTA COMERCIAL – (em papel timbrado da empresa)

PROPOSTA COMERCIAL

1 - DENOMINAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP:

FONE:

E-MAIL:

2 - DADOS DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA PARA ASSINATURA DO CONTRATO DE FORNECIMENTO

NOME:

CPF:

RG:

FONE:

3- DADOS BANCÁRIOS:

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA-CORRENTE:

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO (SE HOUVER):

ITEM	QUANTIDADE E	DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO	MARCA	MODELO	PREÇO UNIT. (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
		Nome: Especificações Técnicas: Nº de Registro no MS/Anvisa:				

A) Valor Total da Proposta: R\$ _____ (por extenso)

B) Prazo de Entrega (até 45 (quarenta e cinco) dias): _____

C) Validade da proposta (mínimo 120 dias): _____

D) Garantia (meses): _____

Declaro, sob as penas da lei, que os ITENS ofertados atendem todas as especificações exigidas nesta Cotação Prévia e seu Anexo I.

Declaro que os preços acima indicados contemplam todos os custos diretos e indiretos incorridos pela empresa na data da apresentação desta proposta incluindo, entre outros tributos, encargos sociais, material, despesas administrativas, seguro, frete, lucro, etc.

Local e data.

Nome do Representante Legal
Assinatura e Carimbo do representante Legal