**PROPOSTA DE PREÇO**

|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO Nº 12/2017** | **PREGÃO PRESENCIAL Nº 8/2017 - FMS** |
| **OBJETO:** | CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DIGITAL DE MAMOGRAFIA BILATERAL VISANDO ATENDER A DEMANDAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| **RAZÃO SOCIAL:** |  | Carimbo do CNPJ |
| **ENDEREÇO:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **TELEFONE:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **ITENS E PREÇOS** |
| **ITEM** | **QTD.** | **UN.** | **ESPECIFICAÇÃO DO ITEM** | **PREÇO UNITÁRIO (R$)** | **PREÇO TOTAL (R$)** |
| 1 | 600 | UN. | SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DIGITAL DE MAMOGRAFIA BILATERAL VISANDO ATENDER A DEMANDAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |  |  |
| **PREÇO TOTAL DA PROPOSTA:** |  |
| **PREÇO TOTAL POR EXTENSO**: |  |
| 1 - Esta proposta de preço obedece a todos os requisitos exigidos no Edital de Pregão nº 8/2017 – FMS – Registro de Preços;2 - Os itens cotados obedecem todas as exigências contidas no termo de referência do presente edital;3 - Manteremos nossa proposta por um prazo mínimo de validade de 60 (sessenta) dias;4 – Declaramos que o endereço do estabelecimento (clínica) onde será realizado os exames está localizada a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO |
| 1. Banco: | 2. Nº da Agência: | 3. Nº da Conta Corrente: |
| LOCAL E DATA: |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura Representante Legal da EmpresaNome: R.G: C.P.F.:  |