**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 Empresa  Nome:  R.G:  C.P.F.: | | | | | | | | | | |