|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** | | | | | | | | | | | |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO Nº 3/2020** | | | | | | | | **PREGÃO PRESENCIAL Nº 2/2020 - FMS** | | | |
| **OBJETO:** | | | CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA ÁREA DE INFORMÁTICA PARA LICENCIAMENTO MENSAL DE SISTEMA PARA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE, BEM COMO A MIGRAÇÃO, IMPLANTAÇÃO, TREINAMENTO, SUPORTE TÉCNICO, SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO LEGAL, CORRETIVA, EVOLUTIVA E CORRELATOS | | | | | | | | |
| **RAZÃO SOCIAL:** | | |  | | | | | | | Carimbo do CNPJ | |
| **ENDEREÇO:** | | |  | | | | | | |
| **CNPJ:** | | |  | | | | | | |
| **TELEFONE:** | | |  | | | | | | |
| **E-MAIL:** | | |  | | | | | | |
| **ITENS E PREÇOS** | | | | | | | | | | | |
| **LICENCIAMENTO DE SISTEMAS** | | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **QTD** | **UN.** | | **ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS** | | | | | | **PREÇO UNITÁRIO (R$)** | **PREÇO TOTAL (R$)** |
| 1 | 12 | Mês | | Licenciamento de Sistema - Gestão Pública de Saúde | | | | | |  |  |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | |  |
| **SERVIÇOS DE MIGRAÇÃO, IMPLANTAÇÃO, TREINAMENTO E TÉCNICOS** | | | | | | | | | | | |
| 2 | 01 | Serviço | | | Serviços técnicos de migração, implantação e treinamento para os usuários conforme Termo de Referência | | | | |  |  |
| 3 | 80 | Hora-Técnica | | | Serviços técnicos após implantação do sistema, quando solicitado | | | | |  |  |
| 4 | 70 | Hora-Técnica | | | Serviços de suporte técnico presencial, após implantação do sistema, quando solicitado | | | | |  |  |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | |  |
| **PREÇO TOTAL GERAL DA PROPOSTA:** | | | | | | | | | |  | |
| **PREÇO TOTAL POR EXTENSO**: | | | | | |  | | | | | |
| 1 - Esta proposta de preço obedece a todos os requisitos exigidos no Edital de Pregão Presencial nº 2/2020 - FMS;  2 - Os itens cotados obedecem integralmente a 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; | | | | | | | | | | | |
| DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO | | | | | | | | | | | |
| 1. Código do Banco: | | | | | | | 2. Nº da Agência: | | 3. Nº da Conta Corrente: | | |
| LOCAL E DATA: | | | |  | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura Representante Legal da Empresa  Nome:  Cargo/Função:  R.G:  C.P.F.: | | | | | | | | | | | |