|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO Nº 4/2017** | **PREGÃO PRESENCIAL Nº 2/2017 - FMS** |
| **OBJETO:** | AQUISIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICOS VISANDO A MANUTENÇÃO DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE MORRO GRANDE |
| **RAZÃO SOCIAL:** |  | Carimbo do CNPJ |
| **ENDEREÇO:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **TELEFONE:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **ITENS E PREÇOS** |
| **ITEM** | **QTD.** | **UN.** | **ESPECIFICAÇÃO DO ITEM** | **MARCA** | **PREÇO UNITÁRIO (R$)** | **PREÇO TOTAL (R$)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **PREÇO TOTAL DA PROPOSTA:** |  |
| **PREÇO TOTAL POR EXTENSO**: |  |
| 1 - Esta proposta de preço obedece a todos os requisitos exigidos no Edital de Pregão nº 2/2017 - FMS;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; |
| DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO |
| 1. Banco: | 2. Nº da Agência: | 3. Nº da Conta Corrente: |
| LOCAL E DATA: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura Representante Legal da LicitanteNome: R.G: C.P.F.:  |