|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO LICITATÓRIO Nº 7/2017** | **PREGÃO PRESENCIAL Nº 4/2017 - FMS** |
| **OBJETO:** | AQUISIÇÃO DE DIETA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL PARA USO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MORRO GRANDE PARA FORNECIMENTO A PACIENTES QUE NECESSITAM |
| **RAZÃO SOCIAL:** |  | Carimbo do CNPJ |
| **ENDEREÇO:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **TELEFONE:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **ITENS E PREÇOS** |
| **ITEM** | **QTD.** | **UN.** | **ESPECIFICAÇÃO DO ITEM** | **MARCA** | **PREÇO UNITÁRIO (R$)** | **PREÇO TOTAL (R$)** |
| 1 | 200 | UN. | ALIMENTO PARA SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL |  |  |  |
| 2 | 50 | UN. | ESPESSANTE E GELIFICANTE PARA ALIMENTOS |  |  |  |
| 3 | 500 | UN. | ALIMENTO LÍQUIDO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL |  |  |  |
| 4 | 50 | CX | MODULO DE L-GLUTAMINA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL |  |  |  |
| 5 | 500 | UN. | SUPLEMENTO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PROLONGADA |  |  |  |
| **PREÇO TOTAL DA PROPOSTA:** |  |
| **PREÇO TOTAL POR EXTENSO**: |  |
| 1 - Esta proposta de preço obedece a todos os requisitos exigidos no Edital de Pregão nº 4/2017 - 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.:  |