PEDIDO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

A Secretaria da Saúde de Ituverava vem por meio deste pedido, solicitar a cotação de preços em reais, do(s) item(ens) apresentados abaixo:

**Dados da empresa necessários para cotação.**

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço/Bairro:

Cidade/CEP:

Telefone:

Responsável:

**Ref.:** Pedido de cotação para Compra de Medicamento para atender Demanda Judicial.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO** | **UNID** | **QUANT** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
| 1 | DUPIXENT 300 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL – CAIXA C/ 02 SERINGAS PREENCHIDAS C/ 02 ML. | CAIXA | 06 |  |  |

**CONDIÇÕES GERAIS:**

* A proposta deve ser apresentada com Razão Social, CNPJ, endereço completo, telefone.
* A proposta deve estar assinada por representante legal.
* A proposta deve constar prazo de entrega.
* **Forma de pagamento:** até 30 dias após o recebimento e aceite definitivo do produto/serviço.

**Prazo para envio da proposta:** até 18/06/2025.

**ENVIAR COTAÇÃO NO E-MAIL: almoxarifadosaude@ituverava.sp.gov.br**

Ituverava/SP, 16 de junho de 2025.

At.te.

Luciana Piza

Setor de Compras Saúde

Secretaria da Saúde de Ituverava/SP

(16) 3729-2984