



INEXIGIBILIDADE Nr. 1 / 2014

ANEXO I

Proposta de Preços

Processo Administrativo: 98 / 2014

Processo de Licitação: 90 / 2014

Razão Social do Licitante: _____

CNPJ: _____ **Insc. Estadual:** _____

Endereço: _____

Cidade: _____ **Estado:** _____

Telefone : _____ **Fax :** _____ **e-mail :** _____

INFORMACÕES PARA PAGAMENTOS (quando por sistema bancário):

Banco: _____ **Agência:** _____ **Conta:** _____

REPRESENTANTE LEGAL PARA FINS DE ASSINATURA DO CONTRATO:

Nome: _____

Identidade: _____ **Orgão expedidor:** _____

Estado Civil: _____ **Nacionalidade:** _____

CPF: _____ **e-mail:** _____

Solicitação de Despesas

Req. de Material

Requisitantes

Dotações

00020600 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

0000/2014