PREGÃO Nr. 11 / 2017

ANEXO I

Proposta de Preços

Protocolo do Processo: 899 / 2017

Processo de Licitação: 26 / 2017

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
/ -	/	00040700 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	0000/2017