

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Dispensa Eletrônica nº 90116/2024– AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Razão Social _____

CNPJ: _____

Inscrição Estadual ou Municipal: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	TADALAFILA 5 MG	240	CP			
2	TADALAFILA 20 MG	150	CP			

Valor Total da Proposta:

R\$ _____ (_____)

Prazo de validade da proposta de preços: mínimo de 60 (sessenta) dias contados da data de abertura da sessão pública.

Data e assinatura do responsável.

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

TELEFONE: _____