

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Dispensa Eletrônica nº 90114/2024– AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO

Razão Social _____

CNPJ: _____

Inscrição Estadual ou Municipal: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	CLORIDRATO DE FEXOFENADINA 6 MG/ML SUSPENSÃO	6	FR			

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: _____