

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Dispensa Eletrônica nº 90117/2024– AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO

Razão Social _____

CNPJ: _____

Inscrição Estadual ou Municipal: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	HIALURONATO DE SÓDIO 2 MG/ML	06	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: _____