

**ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

**Dispensa Eletrônica nº 90024/2024 – MEDICAMENTO METILFENIDATO 10 MG CP**

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual ou Municipal: \_\_\_\_\_

ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Metilfenidato 10 mg	15000	CP			

**Valor Global 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: \_\_\_\_\_