



De: Divisão de Compras e Licitações
Para: Setor de vendas

Telefone: (12) 3974 - 2080 - Ramal: 1
E-mail: compras.pmp@paraibuna.sp.gov.br

COTAÇÃO

Ítem	Descrição do material / serviço	Quant.	Valor Mensal	Valor Total
1	Prestação de serviço para empresa especializada em perícias médicas, homologação de atestados médicos, emissão de laudos médicos ou parecer médicos em casos de aposentadoria ou invalidez e junta médica.	6 meses		

Total Geral:

OBSERVAÇÕES

Informar planos de Pagamento, Prazo de Entrega, Frete, Validade da Cotação, Garantia dos Produtos ou Serviços, Carimbar, Colocar Telefone, Nome e Cargo do Responsável pela Cotação e Assinar a Mesma. O prazo para resposta é de 03 dias podendo ser encaminhada via e-mail digitalizada, assinada e carimbada.

Carimbo da empresa e C.N.P.J.

Informações Adicionais

	Plano de Pagamento: _____ mínimo 30 dias do faturamento Prazo de Entrega: _____ Frete: (____) CIF (____) FOB Validade da Cotação: _____ Garantia: _____
Telefone/Fax:	Nome e Assinatura (responsável)

Atenciosamente,

Kely Fatima de Faria
Divisão de Compras e Licitações