SEÇÃO DE AQUISIÇÕES LICITAÇÕES E CONTRATOS DO HOSPITAL MILITAR DE RESENDE – H MIL RESENDE
ENDEREÇO RESENDE: RODOVIA PRESIDENTE DUTRA, INDEPENDÊNCIA, KM 306, RESENDE/RJ – CEP 27534-970
TEL: (24)3388-4730. E-MAIL: juciana.batalha@eb.mil.br

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS
(PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

REFERÊNCIA: EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 96/2026 – H MIL RESENDE

RAZÃO SOCIAL: .....
FANTASIA: .....
ENDEREÇO.....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
UF: ..... CEP: ..... TEL: ( ) .....
E-MAIL: .....
NOME DO RESPONSÁVEL PELA PROPONENTE: .....CPF: ….....

Declaramos que possuímos total conhecimento e estamos de pleno acordo com as condições estabelecidas no Edital do Pregão Eletrônico nº 96/2026 – H Mil Resende, e propomos ao Hospital Militar de Resende, o fornecimento dos itens abaixo indicados:

ITEM	DESCRIÇÃO	MARCA/ FABRICANTE	RMS/ANVISA (QUANDO COUBER)	QTDE	UNIDADE DE FORNECIMENTO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
						VALOR GLOBAL	

– Validade da proposta de preços: no mínimo 90 (noventa) dias, a contar da data de sua apresentação.

– Prazo de entrega: 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do recebimento da Nota de Empenho.

Declaramos que estão incluídas nesta proposta todas as despesas com tributos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamento de pessoal e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre o objeto deste processo licitatório.

Declaramos que estarmos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

NOME DO BANCO:	Nº DO BANCO:
Nº DA AGÊNCIA:	Nº DA CONTA CORRENTE:
NOME DA PESSOA DE CONTATO NA EMPRESA:	
TEL DO CONTATO:	E-MAIL DO CONTATO:

_____(local), ___, de _____de 20__.

_____
(Assinatura da pessoa credenciada pela empresa)
(Nome digitado/datilografado ou em carimbo)