TERMO DE COMPROMISSO DE TROCA

Referência: Nota de Empenho n° 20XXNE0XXXX, ARP XXX/20XX-X

Diante da impossibilidade de sua utilização antes do vencimento, uma vez admitido o prazo de validade abaixo dos 75%, a empresa _____, CNPJ _____, telefone n° _____ COMPROMETE-SE perante a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal a efetuar a substituição do produto/ código SES:

Descrição	**Quantidade**	**Lote**	**Data de Fabricação**	**Data de Validade**

Compromete-se ainda a proceder com a substituição no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da notificação para troca. O produto oriundo da troca deve apresentar no mínimo 35% do prazo total de validade no momento da entrega.

A compromitente requer que esta Secretaria autorize a entrega nas condições explicitadas, pelos seguintes motivos: _____ e afirma estar ciente de que o não cumprimento de sua obrigação acarretará na aplicação das penalidades cabíveis, previstas em Edital.

Local, ____ de _____ de _____.