



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III
MODELO DE PROPOSTA

A

Prefeitura Municipal de BELA VISTA - MS.

Pregão Presencial nº ____/2025

Processo Licitatório nº ____/2025

Proponente:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

E-mail:

Dados bancários:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	VALOR ESTIMADO
VALOR TOTAL ESTIMADO				R\$
VALOR DA TAXA DE ADMINISTRAÇÃO			%	R\$
VALOR GLOBAL				R\$

Declaro que serão atendidas todas as condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

O prazo de entrega: Conforme especificação constante no Termo de Referência.

O prazo de validade da proposta será de **60 (sessenta)** dias corridos, contados a partir da apresentação desta proposta.

Declaramos que nos preços propostos estão incluídas todas as despesas que, direta ou indiretamente, fazem parte do presente objeto, tais como gastos da empresa com suporte técnico e administrativo, impostos, encargos sociais, trabalhistas e financeiros, seguros, taxas, ou quaisquer outros que possam incidir sobre gastos da empresa, sem quaisquer acréscimos em virtude de expectativa inflacionária e deduzidos os descontos eventualmente concedidos.

Dados do representante legal para assinatura do contrato:

Nome:				Nacionalidade:	
Estado Civil:			Profissão:		
Endereço Completo:					
RG nº:			CPF nº:		
E-mail:					

Local, ____/____/____

Assinatura do representante legal sob carimbo RG:

CPF:

CNPJ da empresa