HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
Avenida José de Brito, nº 1015 - Bairro Setor Anhanguera
Araguaína-TO, CEP 77818-530
- http://hdt.hubrasil.gov.br/

ENCARTE B – MODELO DE PROPOSTA

IDENTIFICAÇÃO	
RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
E-MAIL:	

DETALHAMENTO DA PROPOSTA

GRUPO	ITEM	EQUIPAMENTO *(INCLUIR REGISTRO ANVISA, QUANDO APLICÁVEL)*	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL

CUSTOS DECORRENTES DA EXECUÇÃO CONTRATUAL

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A validade mínima da proposta será de **90 (noventa) dias.**

Validade da proposta: / / Data da Proposta: / /

Local, de de .

(Assinatura)

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
Cargo
CI nº
CPF nº