COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Rua General Carneiro, nº 181 - Bairro Alto da Glória
Curitiba-PR, CEP 80060-900
- http://chc-ufpr.hubrasil.gov.br

MODELO DE DECLARAÇÃO DE VISTORIA

_____, portador do documento de identidade nº _____, expedido pelo(a) _____, e inscrito no CPF sob o nº _____, representante legal da empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, DECLARA que visitou e vistoriou, nesta data, as dependências do **Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná/ HU Brasil**, acompanhado de funcionário designado pelo Hospital, onde esclareceu TODAS as dúvidas sobre o objeto desta licitação, eliminando possíveis omissões, falhas e/ou incompatibilidades com as especificações contidas no Termo de Referência, visando subsidiar a elaboração de sua proposta técnica e seu orçamento. DECLARA ainda que todas as informações obtidas por ocasião da visita técnica serão mantidas em sigilo, não cabendo divulgação ou compartilhamento de qualquer espécie.

(Assinar eletronicamente)

Nome do Representante Legal da Licitante

CPF: _____

(Assinar eletronicamente)

Nome do Representante Legal do CHC-UFPR

Função/Cargo -

Matrícula: _____