

**Ministério da Saúde****FIOCRUZ****Diretoria de Administração do Campus**

Proposta Pró-Forma

Emitida em: 30/04/2025

Documento: **DL/CE00003/2025-COGIC**

Data da Licitação: //

Proponente:

Endereço:

Bairro:

UF:

CNPJ/MF

Banco:

Agência:

Conta Bancária:

Inscrição no SIMPLES: ☐ SIM ☐ NÃO

Validade da Proposta:

Prazo de Entrega:

Processo: **25389.000365/24-33**

Hora da Licitação: :

Telefone:

Fax:

Cidade:

CEP:

Insc. Estadual:

ITENS

Item 1

calibração de medidores de radiação ionizante com Emissão de Certificado. - **Unidade: serv. - Quantidade: 1.**

Valor Unitário: R\$ _____

Marca/Procedência: _____

Valor Total: R\$ _____ (_____

_____)

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

Av. Brasil, 4365 – Manguinhos - CEP:21040-360 - PABX: (21)2209-2020
Rio de Janeiro - RJ - Brasil