

PROPOSTA Nº 009512

DATA: 12/08/2024

PÁGINA: 1/2

Cliente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

CNPJ / CPF:46.374.500/0017-51

BAURU - SP

Att: Andreza

Depto: Compras

Email: compras@ilsl.br

Telefone:

CONDIÇÕES GERAIS DA PROPOSTA.

APÓS ENVIO DO ORÇAMENTO, O EQUIPAMENTO PERMANECERÁ ATÉ 30 DIAS EM NOSSO LABORATÓRIO AGUARDANDO APROVAÇÃO, CASO NÃO SEJA APROVADO O ORÇAMENTO NESSE PERÍODO, SERÁ COBRADO UMA TAXA DE PERMANÊNCIA NO VALOR DE R\$ 50,00/DIA POR MAIS 30 DIAS.

NÃO SENDO RECEBIDA A APROVAÇÃO DO ORÇAMENTO, O MESMO SERÁ DEVOLVIDO COM A COBRANÇA DA TAXA DE PERMANÊNCIA MAIS AS DESPESAS DO RETORNO POR CONTA DO CLIENTE.

"A LICENÇA SANITÁRIA É OBRIGATÓRIA PARA PRODUTOS PARA SAÚDE, MANTENHA S

Equipamento	Marca	Modelo	Número de Série	Valor R\$
VENTILADOR MECANICO	MAGNAMED	OXYMAG	14916	3.660,00
MANUTENÇÃO PREVENTIVA IN LOCO				
ATUALIZAÇÃO DE SOFTWARE				
REVISÃO GERAL				
CALIBRAÇÃO				
EMIÇÃO DO LAUDO TÉCNICO				

Valor Total dos Serviços R\$ 3.660,00

Condições Comerciais	Valor Total da Proposta R\$ 3.660,00
-----------------------------	---

Faturamento:

FATURAMENTO MÍNIMO DE R\$ 600,00 (SEISCENTOS REAIS) - PARA VALORES ABAIXO DO FATURAMENTO MÍNIMO, PAGAMENTO A VISTA ANTECIPADO COM DEPÓSITO BANCÁRIO.

Condição de pagamento:

28 (VINTE E OITO) DIAS, APÓS A EMISSÃO DA NFS-e E COM BOLETO BANCÁRIO.

Prazo de Entrega:

ATÉ 15 (QUINZE) DIAS, APÓS A CONFIRMAÇÃO DO PEDIDO.

Frete:

FOB (POR CONTA DO CLIENTE)

Validade da proposta:

10 (DEZ) DIAS, APÓS SUA EMISSÃO

Garantia:

03 (TRÊS) MESES PARA SERVIÇOS PRESTADOS E/OU PEÇAS SUBSTITUÍDAS (CONTRA DEFEITOS DE FABRICAÇÃO).



Vivamed Equipamentos Médico-Hospitalares Ltda - EPP

CNPJ: 06.131.330/0001-00

Inscrição Estadual: 582.659.716.119

Rua Aurora, 611 - Vila Tibério

Ribeirão Preto/SP - 14050-100

vendas@vivamedhospitalar.com.br

www.vivamedhospitalar.com.br

PROPOSTA Nº 009512

DATA: 12/08/2024

PÁGINA: 2/2

JOAO VINICIUS
DEPTO TECNICO

(16) 3964-6135

suporte@vivamedhospitalar.com.br

APROVAÇÃO DESTA PROPOSTA DE PREÇOS

Essa proposta foi elaborada no CNPJ 46.374.500/0017-51, o qual será utilizado para emissão da NF.

Caso deseje receber a NF em outro CNPJ, favor informar _____

Favor confirmar o endereço de entrega, se o for diferente do CNPJ da NF, favor informar.

Assinatura _____

Nome _____

Data ____/____/____

Representadas Exclusivas/Distribuidoras

BARFAB



TEB

Hospital

MAGNAMED

REVALMEDICAL

Bluepad

ESTER

EndoMaster

KLS martin