

ANEXO III - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Dispensa Eletrônica nº 90556/2024 – MEDICAMENTOS

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Inscrição Estadual ou Municipal: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE	MARCA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Finasterida 5 mg	9.000	CP			
2	Omeprazol 20 mg	120.000	CP			
3	Paracetamol 500 mg	21.000	CP			
4	Dipirona 500mg	51.000	CP			
5	Carvedilol 12,5 mg	39.000	CP			
6	Fluconazol 150 mg	1.500	CP			

Valor Global Total da Proposta:

R\$ _____ (_____)

Prazo de validade da proposta de preços: mínimo de 60 (sessenta) dias contados da data de abertura da sessão pública.

Data e assinatura do responsável.

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

TELEFONE:_____