**CARTA PROPOSTA DE PREÇOS**

AO MUNICÍPIO DE GUAÍRA/SP

A/C – Comissão de Pesquisa de Preço de Mercado

Av. Gabriel Garcia Leal nº 676 - Bairro: Maracá – Guaíra/SP.

**Assunto:** **Pesquisa de Preço**

## Objeto: CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURIDICA OU FISICA ESPECIALIZADA EM SERVIÇOS DE CONSULTAS MEDICAS NA ESPECIALIDADE DE NEUROPEDIATRIA PARA ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS DO MUNICÍPIO.

Apresentamos nossa proposta para fornecimento dos itens abaixo discriminados, conforme Termo de Referência (ANEXO 01), que integra o instrumento convocatório da licitação em epígrafe; e declara conhecer os termos do instrumento convocatório que rege a presente licitação.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRITIVO** | **QUANT. MAX.** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR TOTAL** |
| 1 | CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURIDICA OU FISICA ESPECIALIZADA EM SERVIÇOS DE CONSULTAS MEDICAS NA ESPECIALIDADE DE NEUROPEDIATRIA | 450 CONSULTAS |  |  |

Declaramos sob as penas das leis, que:

1) concorda com as condições de entregar os itens que foram propostos;

2) os preços propostos, já estão incluídas todas as despesas, que estejam diretas ou indiretamente relacionadas com a execução do objeto da presente licitação;

3) que concorda com o Contratante, por ocasião da entrega do objeto, se necessário, executar, com pessoal próprio ou por terceiros, teste de qualidade, que não sendo satisfatórios, ensejarão a devolução de todo o lote entregue, sem qualquer tipo de indenização, e a Contratada deverá substituí-lo por outro lote, sem qualquer custo, que também estará sujeito os mesmos testes;

4) Sempre que julgar necessário, o Município de Guaíra/SP solicitará, durante a vigência do respectivo Contrato, o fornecimento do objeto desta licitação, na quantidade que for preciso, mediante Ordem de Compra, emitida pelo Setor de Compras, os quais deverão ser executados conforme Termo de Referência.

**Prazo de validade da Proposta não inferior a 90 (noventa) dias - a contar da data da sua apresentação.** Quando não constar a validade da proposta, entende-se que a validade é de 90 (noventa) dias.

**INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA PAGAMENTO:**

BANCO º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AGENCIA Nº

CONTA CORRENTE Nº:

**RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO / ATA**

NOME:

CARGO NA EMPRESA:

CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG Nº

DATA DE NASCIMENTO: **\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO:

E-MAIL INSTITUCIONAL:

E-MAIL PESSOAL:

TELEFONE (S):

(Cidade/UF) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL**

**Assinatura,**

**Nome legível, RG. nº., CPF. nº. e cargo do signatário**