



FORMATO N°02 - SERVICIOS

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

		FECHA	
RAZON SOCIAL :	_____	REQUERIMIENTO :	_____
RUC :	_____	CONTACTO :	_____
DOMICILIO LEGAL :	_____	TELEFONOS :	_____

PROYECTO / ACTIVIDAD	_____
----------------------	-------

logisticampi@munimollendo.gob.pe

ITEM	DESCRIPCION DETALLADA DEL SERVICIO, SEGUN TERMINOS DE REFERENCIA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1			
		TOTAL S/.	

NOTA: LLENAR LOS DATOS DE CONDICIONES DE VENTA (De no corresponder, indicar la palabra "NO APLICA")

GARANTIA COMERCIAL:	_____
PLAZO DE VIGENCIA DE LA COTIZACION:	_____
PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO: (dias calendario)	_____
LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO:	_____
FORMA DE PRESTACION DEL SERVICIO: (Unica o por entregables)	_____
FORMA DE PAGO:	_____
OTRAS CONDICIONES ESPECIALES DEL SERVICIO:	_____
Luego de haber examinado los Términos de Referencia del requerimiento, acepto y cumplo con lo solicitado.	_____

Proveedor