

SOLICITUD DE COTIZACIÓN CCMN N° 2041

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MOQUEGUA  
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 000884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :		Moneda:	

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
172100090009	258	GALON	<b>GASOHOL REGULAR</b> - Plazo de Entrega: La entrega se dara en forma periódica (PARA LOS MESES DE: FEBRERO A DICIEMBRE), de acuerdo a vale autorizado por el responsable de la oficina de Mantenimiento. - Forma de Entrega: En el grifo del proveedor - Forma de Pago: El pago se efectuará por el consumo mensual informado por el Área de Mantenimiento. - Control de las Entregas: Oficina de Mantenimiento		
<b>TOTAL</b>					

en la siguiente dirección : ..... Teléfono : .....

**Condiciones de Compra :**

Forma de Pago:

Garantía:

La Cotización debe incluir el I.G.V. :

Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,