



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA

SOLICITUD DE COTIZACIÓN (SERVICIOS)

Declaración Jurada

| | |
|--------------------|--|
| Razón Social | |
| Nro RUC | |
| Dirección | |
| Nro Celular | |
| Correo electrónico | |

| | |
|-------|--|
| Fecha | |
|-------|--|

| | |
|----------------|--|
| REF: OFICIO N° | |
|----------------|--|

| | |
|---|-----------|
| CUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA DEL REQUERIMIENTO (Indicar Si o No) | Si |
|---|-----------|

| | |
|---------------|----------------|
| Forma de Pago | CRÉDITO |
|---------------|----------------|

| DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO | | PROPUESTA ECONÓMICA | |
|-------------------------------|-------------|---------------------|---------------------------|
| N° | DESCRIPCIÓN | U.M. | TOTAL S/ (Incluye IGV) |
| 1 | | <i>Servicio</i> | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| | | Total S/ | |

| | |
|---|--|
| PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN DÍAS CALENDARIO | |
| TIEMPO DE VALIDEZ DE COTIZACIÓN | |
| LUGAR DE PRESTACIÓN | |

| | |
|--------------------|--|
| TIEMPO DE GARANTÍA | |
|--------------------|--|

Nota: Considerar que todos los precios deben incluir todos los impuestos de ley incluido el IGV.

Firma y post firma del Proveedor