

**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

**DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA**

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN (BIENES)**

Declaración Jurada



**GOBIERNO REGIONAL**

Razón Social	
RUC	
Dirección	
Teléfono / Movil	
Correo electrónico	

Fecha	
-------	--

<b>CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL REQUERIMIENTO (Indicar Si o No)</b>	si
---	----

<b>FORMA DE PAGO</b>	<b>CREDITO</b>
----------------------	----------------

DATOS DEL BIEN O BIENES SOLICITADOS				PROPUESTA ECONOMICA		
N°	DESCRIPCION	U.M. UNIDAD	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO (Incluye IGV)	TOTAL (Incluye IGV)
1				HP		
<b>TOTAL S/.</b>						<b>0.00</b>

<b>PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO</b>	
<b>TIEMPO DE VALIDEZ DE COTIZACION</b>	
<b>LUGAR DE ENTREGA</b>	

<b>TIEMPO DE GARANTIA</b>	
---------------------------	--

(\*) Declaro bajo juramento que la información que proporciono tiene carácter de declaración Jurada al amparo del principio de Veracidad señalado en el Art. IV, numeral 1.7 del Título preliminar y lo dispuesto en el Art. 42 de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, Así mismo, declaro tener conocimiento que si lo Declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de las disposiciones Administrativas, Penales y Civiles que correspondan. .

Firma del Proveedor