

SOLICITUD DE COTIZACIÓN CCMN N° 2103

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 |
|--------------|--------------------|---------------|---|-----------------|--------------|
| 172100070020 | 1492               | GALON         | DIESEL B5 S50   |                 |              |
| 17210009009  | 100                | GALON         | <b>GASOHOL REGULAR</b><br><br><u>Plazo de entrega.</u><br>La entrega se dará en forma periódica (segun consumo y/o hasta agotar cantidad requerida), de acuerdo a vale autorizado por el responsable de la oficina de Mantenimiento.<br><br><u>Lugar de entrega.</u><br>En el establecimiento del Proveedor (Grifo del Proveedor)<br><br><u>Forma de Pago.</u><br>El pago se efectuará por el consumo mensual informado por el Área 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,

07