

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°:

2100

UNIDAD EJECUTORA : DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 884

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

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
110500120022	SERVICIO	INSTALACION DE PLANCHAS PREFABRICADAS PARA COBERTURA DE TECHO SEGUN TERMINOS DE REFERENCIA	
TOTAL			

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a :
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 :