



FORMATO N°02 -BIENES

SOLICITUD DE COTIZACION N°-20.....

Referencia:

Dependencia :

Solicitud de Compra: Fecha:

DATOS DEL PROVEEDOR

RAZON SOCIAL : **RUC N°** :

DOMICILIO LEGAL : **TELEFONO** :

Sirvanse cotizarnos los siguientes items:

Y enviarlos al correo electronico: logisticampi@municipalidadmollendo.gob.pe

ARTICULOS							PRECIOS	
ITEM	Cantid ad	Und Med	Cod	DESCRIPCION	Marca	Procd	Precio Unitario	Monto Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
							MONTO S/.	

PLAZO DE ENTREGA:días calendario.

FECHA:

Si por cualquier causa no está en condiciones de cotizar, sirva (n) se Ud.(s) firmar y devolver este documento.

Si está en condiciones de cotizar, sirva(n) se Ud. (s) firmar este documento y devolverlo con los datos solicitados ó adjuntar la cotización solicitada

La cotización no será tomada en cuenta si presentara enmendaduras o borriones.

Indicar la procedencia y marca de los productos ofertados

PROVEEDOR