

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°:

--

UNIDAD EJECUTORA : 402 HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001394

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

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
1	SERVICIO		
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 :