SOLICITUD DE COTIZACIÓN

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

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

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
		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 Nº Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente :