

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

240

UNIDAD EJECUTORA 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN 884

| | | | |
|-------------|--|---------|--|
| Señores : | | RUC : | |
| Dirección : | | | |
| Teléfono : | | Fax : | |
| Email : | | Fecha : | |
| Concepto : | SERV. FUMIGACION Y DESINFECCION DE LOCALES (OSIC-PSIC. JHOSELYN ROJAS) | Moneda: | |

| ITEM | UNIDAD MEDIDA | DESCRIPCION | VALOR TOTAL |
|--------------|---------------|---|-------------|
| 060500010004 | SERVICIO | <p>FUMIGACION Y DESINFECCION DE LOCALES</p> <p>LUGAR: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOQUEGUA DIRECCION : AV. SAN ANTONIO NORTE (EX HOSPITAL DE CONTINGENCIA) - DISTRITO DE SAN ANTONIO SERVICIO DE FUMIGACION Y DESINFECCION</p> <ul style="list-style-type: none"> - EL SERVICIO ES PARA EL ALMACEN ESPECIALIZADO Y AREAS ADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL C.S.M.C. MOQUEGUA - AREA: 62.50 M2 - FUMIGACION - DESINFECCION - DESINSECTACION - DESRATIZACION - LA FUMIGACION DEBERA SER CON AMONIO CUATERNARIO DE QUINTA GENERACION - AL TERMINO DEL SERVICIO EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR: <ul style="list-style-type: none"> * FICHA TECNICA DE EVALUACION Y DESCRIPCION DE ACTIVIDADES * CERTIFICACION DE FUMIGACION, DESINFECCION, DESINSECTACION Y DESRATIZACION <p>LUGAR: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO OMAE DIRECCION : CALLE IGNACIO JOVE S/N - DISTRITO DE OMAE SERVICIO DE FUMIGACION Y DESINFECCION</p> <ul style="list-style-type: none"> - EL SERVICIO ES PARA FARMACIA DEL C.S.M.C. OMAE EL CUAL CONTEMPLA TODAS LAS AREAS DE FARMACIA - AREA: 16 M2 - FUMIGACION - DESINFECCION - DESINSECTACION - DESRATIZACION - AL TERMINO DEL SERVICIO EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR: <ul style="list-style-type: none"> * CERTIFICACION DE FUMIGACION, DESINFECCION, DESINSECTACION Y DESRATIZACION * FICHA TECNICA DE EVALUACION, ASI COMO, QUE MATERIAL USO Y DESCRIPCION DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | |
| 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° Días/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validéz de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

240

UNIDAD EJECUTORA 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN 884

| | | | |
|-------------|--|---------|--|
| Señores : | | RUC : | |
| Dirección : | | | |
| Teléfono : | | Fax : | |
| Email : | | Fecha : | |
| Concepto : | SERV. FUMIGACION Y DESINFECCION DE LOCALES (OSIC-PSIC. JHOSELYN ROJAS) | Moneda: | |

| ITEM | UNIDAD MEDIDA | DESCRIPCION | VALOR TOTAL |
|--------------|---------------|---|-------------|
| | | <p>LUGAR: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MARIANO LINO URQUIETA</p> <p>DIRECCION : ASOC. ZEBALLOS MALAGA AL COSTADO DE ESSALUD - DISTRITO DE SAMEGUA</p> <p>SERVICIO DE FUMIGACION Y DESINFECCION</p> <p>- SERVICIO PARA EL ALMACEN ESPECIALIZADO Y AREAS ADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL C.S.M.C. MARIANO LINO URQUIETA</p> <p>- AREA: 35 M2</p> <p>- FUMIGACION</p> <p>- DESINFECCION</p> <p>- DESINSECTACION</p> <p>- DESRATIZACION</p> <p>- LA FUMIGACION DEBERA SER CON AMONIO CUATERNARIO DE QUINTA GENERACION</p> <p>- AL TERMINO DEL SERVICIO EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR:</p> <p>* FICHA TECNICA DE EVALUACION Y DESCRIPCION DE ACTIVIDADES</p> <p>* CERTIFICACION DE FUMIGACION, DESINFECCION, DESINSECTACION Y DESRATIZACION</p> | |
| 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 :

Validéz de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,