"Una región de oportunidades"

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA

RED DE SALUD DE ILO

SOLICITUD DE COTIZACION

UNIDAD DE LOGISTICA

FECHA DD / MM / AA		

RAZON SOCIAL :

RUC Nº :

DIRECCION :

DEP. / PROVINCIA :

E-MAIL :

TELEFONO :

CELULAR :

N°	CANT.	UND. MED.	DESCRIPCION DEL SERVICIO		PRECIO TOTAL
1	*1*	*SERV*			

CONDICIONES:

1	INDICAR FORMA DE PAGO	CREDITO	
2	INDICAR TIPO DE COMPROBANTE DE PAGO	RHE	2. TIPO DE MONEDA SOLES
3	GARANTIA DEL SERVICIO	DE SER EL CASO	
4	VALIDEZ DE SU OFERTA		
5	PLAZO DEL SERVICIO (DIAS CALENDARIOS)		

NOTA: LLENAR LOS DATOS DE CONDICIONES (OBLIGATORIO).

FIRMA Y SELLO DE LA UND. LOGISTICA
RED SALUD ILO

(*) FIRMA Y SELLO DEL POSTOR

(*) LA FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR ES CON CARÁCTER DE OBLIGATORIO SIN ELLO EL PRESENTE DOCUMENTO SE TENDRA POR NO PRESENTADO.