GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
RED DE SALUD DE ILO

SOLICITUD DE COTIZACION

UNIDAD DE LOGISTICA

FECHA DD / MM / AA

DD	MM	AA

RAZON SOCIAL :

RUC Nº : *E-MAIL* :

DIRECCION : *TELEFONO* :

DEP. / PROVINCIA : *CELULAR* :

Nº	CANT.	UND. MED.	DESCRIPCION		PRECIO TOTAL

CONDICIONES:

1 INDICAR FORMA DE PAGO CREDITO 2. TIPO DE MONEDA SOLES
2 INDICAR TIPO DE COMPROBANTE DE PAGO
3 GARANTIA
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.