"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 :

Nº	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**

3 **GARANTIA DEL SERVICIO** — DE SER EL CASO

4 **VALIDEZ DE SU OFERTA**

5 **PLAZO DEL SERVICIO (DIAS CALENDARIOS)**

2. TIPO DE MONEDA — SOLES

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.