



**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**  
**DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA**

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN (SERVICIOS)**

**Declaración Jurada**

Razón Social	
Nro RUC	
Dirección, Distrito	
Nro Celular	
Correo electrónico	

Fecha	
-------	--

REF: OFICIO N°	
----------------	--

CUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA DEL REQUERIMIENTO (Indicar Si o No)	<b>SI</b>
---	-----------

Forma de Pago	<b>CRÉDITO</b>
---------------	----------------

DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO		PROPUESTA ECONÓMICA	
N°	DESCRIPCIÓN	U.M.	TOTAL S/ (Incluye IGV)
1		<i>Servicio</i>	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
		Total S/	

PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN DÍAS CALENDARIO	
TIEMPO DE VALIDEZ DE COTIZACIÓN	
LUGAR DE PRESTACIÓN	

TIEMPO DE GARANTÍA	
--------------------	--

*Nota: Considerar que todos los precios deben incluir todos los impuestos de ley incluido el IGV.*

\_\_\_\_\_  
Firma y post firma del Proveedor