

INDAGACION DE MERCADO PARA OBTENER EL VALOR ESTIMADO

RAZON SOCIAL:

FECHA

5

2026

R.U.C.:

DIRECCION:

E-MAIL:

DISTRITO:

TELEFONO:

PROVINCIA:

CELULAR:

SIRVASE COTIZARNOS EL SERVICIO QUE SE DETALLAN A CONTINUACION Y REENVIARNOS POR CORREO ELECTRONICO
CONTRATACIONES@HOSPITALMOQUEGUA.GOB.PE

N°	DETALLE DEL BIEN	CANTIDAD	UND. MED.	PRECIO	SUB TOTAL
1	SERVICIO DE DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO A TODO COSTO DEL DENSITOMNETRO AUTOMATIZADO PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - DITRITO DE MOQUEGUA - PROVINCIA DE MARISCAL NIETO - MOQUEGUA	1	SERVICIO		
TOTAL					

Declaro que he revisado en forma detallada la documentacion remitida y que nuestra cotizacion **CUMPLE** con los **TERMINOS DE REFERENCIA**, enviados e incluye todos los tributos, seguros, transportes, inspecciones, pruebas y de ser el caso, los costos laborables respectivos conforme a la legislacion vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor del item.

NOTA: LLENAR TODOS LOS DATOS CONDICIONES DEL SERVICIO Y LA REALIZACION DE LA INDAGACION DE MERCADO.

CONDICIONES:

PLAZO DE EJECUCION: 1095 DIAS CALENDARIOS, contados al día siguiente de la suscripción de contrato.	<div style="border: 2px solid black; width: 100px; height: 100px; background-color: yellow; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">X</div>
LUGAR DE EJECUCION: HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	
FORMA DE PAGO: UNICO	
DESCUENTO POR VOLUMEN:	

DECLARACION JURADA

Yo, representante legal identificado con DNI N°:.....de la empresaCon R.U.C..... declaro bajo juramento de no estar impedido y/o inhabilitado para contratar con el estado.

Firma y Sello del Representante Legal.