SOLICITUD DE COTIZACIÓN

UNIDAD EJECUTORA 402 HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓ 001394

SEÑOR:		**RUC**	
DIRECCION:			
TELEFONO:		**FAX:**	
EMAIL:		**FECHA:**	
CONCEPTO:		**MONEDA:**	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
		TOTAL	

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a : ....

en la siguiente dirección : .... Teléfono : ....

Condiciones de Compra :

Forma de Pago:

Garantía:

La Cotización debe incluir el I.G.V. :

Plazo de Entrega en Nº Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente :