

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°: **2818**

UNIDAD EJECUTORA : DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :		Moneda :	

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
536498310001	34	UNIDAD	TERMO PARA TRANSPORTE DE BIOLÓGICOS Y VACUNAS		
				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 N° Días/ Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Indicar Marca de Procedencia
- Tipo de Cambio :

ATENTAMENTE