



PERÚ

Gobierno
Regional Puno

DIRECCION
REGIONAL DE
SALUD PUNO

REDESS - LAMPA
UNIDAD DE LOGISTICA
Jr. Antonio Barrionuevo N° 323-
Lampa

FORMATO DE COTIZACION - REDESS LAMPA

Señores:

REDESS LAMPA

Presente. -

Atención: Unidad de Logística

De mi consideración:

En respuesta a la solicitud de cotización, y luego de haber revisado y analizado detalladamente las Especificaciones Técnicas y/o Términos De Referencia, manifestamos que nuestra representada acepta y cumple en todos sus extremos con las EE.TT. y/o TDR, condiciones comerciales y demás requerimientos establecidos.

En ese sentido, declaramos bajo responsabilidad que contamos con la capacidad técnica, operativa y logística necesaria para garantizar el suministro oportuno del bien requerido, conforme a los estándares de calidad y normativas vigentes aplicables.

ITEM N°	DESCRIPCION DEL ITEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS / TDR	ENTREGABLES	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO INC. IGV S/.	MONTO TOTAL INC. IGV S/ (Hasta 2 decimales)
1	SERVICIO ESPECIALIZADO DE ALMACENAMIENTO Y ENTREGA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS - QUIMICO FARMACEUTICO	SE ADJUNTA EE.TT.	03 ENTREGABLES	SERVICIO		

TOTAL:

Nota:

La propuesta se emite considerando todos los términos señalados en el requerimiento e incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso, los costos laborales conforme la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien y/o servicio a contratar excepto la de aquellos proveedores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos. Asimismo declaro bajo juramento que mi persona y/o mi representada no cuenta con impedimentos para contratar con el Estado.

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REDESS LAMPA
E-mail: redesslampalogistica@gmail.com

DATOS DE LA EMPRESA		VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN	
RAZON SOCIAL:			
RUC:		GARANTIA MINIMA	
DIRECCION:			
TELEFONO y/o CEL:		FORMA DE PAGO	
E-MAIL:			
FORMA DE PAGO		PLAZO DE ENTREGA	
N° CCI			
BANCO		FECHA DE EMISION	

Asimismo, Declaro que mi representada:

*Cuenta con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores (RNP)

*No tiene impedimento para contratar con el Estado.

*Conoce, acepta y se somete a las condiciones establecidas en los TDR o EE.TT.

*Es responsable de la veracidad de los documentos y/o información que presenta.

*Tiene conocimiento de las sanciones establecidas en la Ley de Contrataciones Públicas, Ley N.º 32069 y su Reglamento, así como de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

(e) UNIDAD LOGISTICA

(e) ADQUISICIONES

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA