

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

2714

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 884

Señores :		RUC :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERV. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y CALIBRACION DE EQUIPOS DE LABORATORIO (UF.VF)	Moneda:	

ITEM	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION			VALOR TOTAL
606500260471	SERVICIO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE LABORATORIO			
		EQUIPO	MARCA	CODIGO PATRIMONIAL	
	1	Conductímetro	HANNA HI 98192	16666-2024	
	2	Potenciómetro	WTW Ph3310	15039-2024	
	3	Turbidímetro	HACJ 2100Q	600602295542057-2021	
	4	Colorímetro	DR300	602218040054-2019	
	5	Conductímetro	HANNA HI 981192	21195-2024	
	6	Turbidímetro	HACH 2100Q	15023-2024	
	7	Colorímetro	DR300	15133-2024	
	8	Turbidímetro	HACH 2100Q	15023-2024	
9	Turbidímetro	HACH 2100Q	15042-2024		
606500260482	SERVICIO	*Deberá coordinar con el responsable de la Unidad Funcional de Vigilancia y Fiscalización junto con el personal del Laboratorio Ambiental			
		SERVICIO DE CALIBRACION DE EQUIPOS DE LABORATORIO			
	EQUIPO	MARCA	CODIGO PATRIMONIAL		
	1	Conductímetro	HANNA HI 98192	16666-2024	
	2	Potenciómetro	WTW Ph3310	15039-2024	
	3	Turbidímetro	HACJ 2100Q	600602295542057-2021	
	4	Colorímetro	DR300	602218040054-2019	
	5	Conductímetro	HANNA HI 981192	21195-2024	
	6	Turbidímetro	HACH 2100Q	15023-2024	
	7	Colorímetro	DR300	15133-2024	
*Deberá coordinar con el responsable de la Unidad Funcional de Vigilancia y Fiscalización junto con el personal del Laboratorio Ambiental					
LUGAR: EN LAS INSTALACIONES DEL LABORATORIO DE SALUD AMBIENTAL - DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL					
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° Dias/ Ejecución del Servicio :

Tipo de Moneda :

Validez de la cotización :

Indicar Marca de Procedencia

Tipo de Cambio :

Atentamente,

DECLARACION JURADA

El que suscribe, representante legal de

....., identificado con DNI N°

RUC N°, domicilio en

Declaro bajo juramento:

1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el estado conforme al Artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.- Conocer, Aceptar y Someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento en el presente.

3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.

4.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en acto de corrupción, así como respetar el principio de integridad.

5.- Comprometerse a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

6.- conocer las sanciones contenidas en la ley de contrataciones con el estado y su reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley n° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

(CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA)

.....

.....
Firma, Nombres Y Apellidos del postor o
representante legal, según corresponda



Dirección Regional de Salud Moquegua

CARTA DE AUTORIZACION

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

SEÑORES:

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA

PRESENTE:

ASUNTO: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, autorizo a usted el pago de abonos en cuenta a la siguiente
Codigo de Cuenta Interbancario (CCI) en SOLES:

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL	
RUC	
BANCO	
CUENTA CCI	
CELULAR	
CORREO ELECTRONICO	

MOQUEGUA, DE..... 202.....

Firma

NOMBRES Y APELLIDOS: