



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO IV- MODELO DE ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS

1 - DA IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Razão social: _____

CNPJ: _____ telefone: (____) _____

Endereço: _____ CEP: _____ Cidade/UF: _____

Pessoa de contato: Nome: _____ Cargo: _____ Telefone: (____) _____ e-mail: _____

Dados bancários para pagamento: Banco: _____ Agência: _____ Operação: _____ Conta: _____

2- DOS PREÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	CATMAT	UNID	QUANT	LOCAL DE ENTREGA	PRAZO DE ENTREGA E GARANTIA
1	Aquisição de 10 (dez) cadeiras giratórias, em espuma injetada, rodízios de silicone, assento com regulagem de altura a gás, regulagem de altura do encosto, sistema de reclinção do encosto com regulagem, apoio de braços reguláveis, bases em aço com capa na cor preta, e revestida em tecido preto. Utilizar como modelo imagem disponível no ANEXO III.	460542	UNID	10	Rua Victório Viezzer,84, Vista Alegre, Curitiba-PR, CEP 80.810-340	Entrega em 07 (sete) dias a contar da data de recebimento da ordem de compra, com prazo de garantia mínima de 05 anos.
Marca/modelo proposto: _____						
Valor unitário: R\$ _____ (valor por extenso) Valor Total : R\$ _____ (valor por extenso)						

*** Anexar foto do modelo proposto****.

_____ (Localidade) _____, ____ de _____ de 2022.

(Representante Legal)