**PROPOSTA.**

**Processo nº 2485/2025.**

**Secretaria Municipal de Saúde.**

|  |
| --- |
| **NOME DA EMPRESA:** |
| **RAZÃO SOCIAL:** |
| **CNPJ Nº** |
| **ENDEREÇO COMPLETO:** |
| **TELEFONE E E-MAIL:** |
| **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL** | **NOME:** |
| **E-MAIL:** | **CPF:**  | **TEL.:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO EQUIPAMENTO** | **QTDE EQUIP** | **FRANQUIA MENSAL** | **DESTINAÇÃO** | **VALOR UNITÁRIO – MENSAL** | **VALOR TOTAL – 12 MESES** |
| MULTIFUNCIONAL MONOCROMÁTICO TIPO 2 | 1 | 5.000 | SECRETARIA DE SAÚDE | R$ | R$ |
| MULTIFUNCIONAL MONOCROMÁTICO TIPO 2 | 1 | 5.000 | HOSPITAL/ REGULAÇÃO | R$ | R$ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA – ESTIMATIVA EXCEDENTE À FRANQUIA** |
| **FRANQUIA – 12 (DOZE) MESES** | 100.000  |
|  VALOR UNITÁRIO |  **R$ -**  |
| VALOR TOTAL |  R$ -  |

**VALOR TOTAL DA PROPOSTA: R$ 00.000,00 (**valor por extenso**)**

**Declaramos que,**

a) O prazo de validade **MÍNIMA** da proposta é **DE 90 (NOVENTA) DIAS**, contados a partir da data de sua apresentação.

b) Nos preços fornecidos consideram-se incluídas todas as despesas para a prestação dos serviços, conforme estipulado no aviso e quaisquer outras despesas acessórias e necessárias não especificadas, sendo de exclusiva responsabilidade da interessada, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração deles, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

c) temos capacidade técnico-operacional para a prestação dos serviços para o qual apresentamos nossa proposta.

Declaramos ainda estarmos de acordo e cientes com todas as exigências estipuladas no aviso.

\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nome e CNPJ da Licitante e assinatura do responsável legal.**