PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL

	N.º EXERC.: 011/2015

D E S T I N A T Á R I O

NOME OU RAZÃO SOCIAL L C B PONTES EIRELI ME		
ENDEREÇO Av Altamira, n° 208, Bairro Saudade I Castanhal PA		**C A D A S T R A D O** (X) SIM ( ) NÃO
CNPJ 17.763.550/0001-65	**INSC. ESTADUAL/INSC. MUNICIPAL** 15.402.966-1/2867	**TELEFONE:** (91)3721-8158

Comunicamos a V.Sa., que serão recebidas as propostas para o fornecimento de materiais ou prestações de serviços abaixo especificados, de conformidade com as condições gerais em anexo.

DATA DE EXPEDIÇÃO
10/07/2015

A B E R T U R A D A P R O P O S T A		
DATA	**HORA**	**LOCAL**
16/07/2015	09:00	PRÉDIO DA P.M.C.

PRESIDENTE DA COMISSÃO	**ATO DE NOMEAÇÃO**	**ASSINATURA**
Antonia Tassila Farias de Araújo	036/15	

ITEM	**ESPECIFICAÇÕES**	**UNID.**	**QUANT.**	**VLR. UNIT.**	**TOTAL**
1	aquisição de material técnico hospitalar destinado a suprir as necessidades da Secretaria de saúde deste município de Castanhal - Pa, conforme planilha anexo				

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	**VALIDADE DA PROPOSTA**	**PRAZO DE ENTREGA**
CONFORME EDITAL	MÍNIMO 30(TRINTA) DIAS	CONFORME EDITAL

Declaramos para os efeitos legais, que ao apresentarmos esta proposta, aceitamos integralmente as condições contidas neste documento.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA FIRMA	**DATA**	**ASSINATURA**
	10/07/2015	