**ANEXO II**

#### PROPOSTA DE PREÇOS

Processo nº: 086/2021

Modalidade: Pregão Presencial nº. 064/2021 – Registro de Preço

Edital nº: 064/2021

Tipo: Menor Preço unitário

Objeto: **CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA**

|  |
| --- |
| Nome ou Razão:  |
| CNPJ |
| Endereço: |
| Telefone: |
| E-mail: |
| Objeto: Serviços médicos de oftalmologiaCondições de execução: De acordo com as necessidades e solicitação do município.Condições de pagamento: 30 dias após emissão da N.F. |  Carimbo c/ CNPJ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **PRAZO EXECUÇÃO** | **QUANT. DE ATENDIMENTO** | **VALOR UNITÁRIO DO ATENDIMENTO** | **VALOR TOTAL (R$)** |
| 1 | **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA PARA CONSULTAS E EXAMES**  | 12 MESES | 400 | R$  | R$  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **VALOR TOTAL**  |  | **R$**  |

DECLARAMOS EXPRESSAMENTE QUE NO VALOR OFERTADO, BEM COMO NOS PREÇOS OFERTADOS ESTÃO INCLUSOS TODOS OS CUSTOS E DESPESAS NECESSÁRIAS AO CUMPRIMENTO INTEGRAL DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DA LICITAÇÃO.

**DADOS DE CONTA PARA DEPÓSITO:**

**CONTA CORRENTE Nº \_\_\_, DA AGÊNCIA Nº \_\_\_, DO BANCO \_\_\_ Nº \_\_\_, DE TITULARIDADE DA LICITANTE.**

**DADOS DO RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO:**

**NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUALIFICAÇÃO (CARGO OU FUNÇÃO): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DADOS PESSOAIS (NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL E PROFISSÃO): \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÚMERO DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (CI RG Nº, CPF Nº): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Estando de acordo com os termos do Ato Convocatório e com a legislação nele indicada, propomos os valores acima com validade da proposta de 60 dias.Local e data.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carimbo e assinatura do representante legal da Empresa. | NÚMERO DO CNPJ/MF DA EMPRESA |