



PREGÃO Nº 092/2018 – ANEXO I

Razão Social da Proponente:			
CNPJ:		Inscrição Estadual:	
Endereço Completo:			CEP:
Cidade/UF:		E-mail:	
Telefone:		Fax:	

Percentual de desconto a ser aplicado nos preços máximos ao consumidor dos medicamentos e materiais médicos constantes da tabela estabelecida pela Câmara de regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).	%
---	---

RESPONSÁVEL PELO CONTRATO			
Nome:		CPF:	
Cargo:		E-mail:	
DADOS BANCÁRIOS (Conta Jurídica)			
Banco:		Agência:	
		Conta:	

VALIDADE DA PROPOSTA, PRAZO DE ENTREGA, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: De acordo com o edital Declaro para os devidos fins, submeter-me incondicionalmente às prescrições do edital.

_____, ____ de _____ de 2018

Carimbo e Assinatura