

PESQUISA DE PREÇOS

Nome da OSC:..... CNPJ:Telefone:..... Endereço: Bairro:.....Cidade: E-mail: Data: ____/____/20____.	Presidente CPF:.....
--	--------------------------------------

Classificação da Despesa: () Custeio () Capital () Prestação de Serviços

Nº	Discriminação do Produto ou Serviço	Quantidade	Unidade	Preço Unitário	Preço Total

Serão atendidas as seguintes condições:

- a-) Todos os itens da planilha deverão ser cotados. Caso o produto ou serviço não estejam disponíveis, registrar “Produto ou Serviço Indisponível”;
- b-) Período de validade da proposta: _____ dias contados a partir da sua apresentação;
- c-) Prazo de entrega é de ____ dias contados da efetivação da compra;
- d-) O pagamento ao fornecedor ou prestador de serviço será efetuado à vista, no ato da entrega do produto ou do serviço realizado e mediante a apresentação da nota fiscal.

Dados do Fornecedor/Prestador de Serviços:

<u>Fornecedor/Prestador de Serviços:</u> <u>CNPJ/PIS:</u> <u>Inscr. Estadual/RG:</u> <u>Endereço Completo:</u> <u>Telefone:</u> <u>Responsável pelas Informações:</u> <u>Cargo:</u> <u>Assinatura:</u> Amparo, ____/____/20.....

Outras informações poderão ser inseridas neste documento