**PROPOSTA COMERCIAL**

**RAZÃO SOCIAL:**

**CNPJ:**

**ENDEREÇO**:

**TELEFONE:**

**DATA:**

**HORA:**

**RESPONSÁVEL PASSAR ORÇAMENTO:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unid.** | **Marca** | **Quant.** | **Valor unitário** | **Valor Total** |
| 01 | PUNCH DERMATOLÓGICO | Unid. | INOX | 2 | R$86,50 | R$ 173,00 |

**DECLARAÇÃO:**

**DECLARO, que nos preços propostos acima encontram-se incluídas todas as despesas como: impostos, fretes, encargos sociais, previdenciárias, trabalhistas, tributárias, fiscais ou quaisquer outras despesas incidentes sobre os serviços licitados.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável pela Cotação Matrícula**