**ANEXO II – MODELO PROPOSTA DE PREÇO**

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº \_\_\_/2024**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº \_\_\_/2024**

SESSÃO PÚBLICA: ----/----/2024, ÀS ----H----MIN (----) HORAS.

LOCAL: PORTAL DE COMPRAS PÚBLICAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂNDIDO MOTA/SP

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DE FANTASIA: | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | | | | |
| INSC. EST.: | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | | | CIDADE: | | | | | |
| CEP: | | | | E-MAIL: | | | | | |
| TELEFONE: | | | | TELEFONE: | | | | | |
| ITEM | NOME DO MEDICAMENTO COM DOSAGEM | QNTD | QNTD P/ CAIXA | | UN | VALOR  UN. R$ | VALOR TOTAL R$ | REG. COMPL. MIN. DA SAÚDE/ANVISA | CNPJ DO LABORATÓRIO/FABRICANTE COTADO |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| TOTAL POR EXTENSO: | | | | | | | | |  |

A EMPRESA DECLARA QUE:

1. ESTÃO INCLUSAS NO VALOR COTADO TODAS AS DESPESAS COM MÃO DE OBRA E, BEM COMO, TODOS OS TRIBUTOS E ENCARGOS FISCAIS, SOCIAIS, TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS E COMERCIAIS E, AINDA, OS GASTOS COM TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DOS PRODUTOS EM EMBALAGENS ADEQUADAS.
2. ESTÁ CIENTE DE QUE AS ENTREGAS SERÃO REALIZADAS DE FORMA FRACIONADAS E, AINDA, DE QUE DEVERÁ REALIZAR AS ENTREGAS, NO PRAZO PRÉ ESTIPULADO NO TERMO DE REFERÊNCIA, INDEPENDENTE DE VALOR E/OU QUANTIDADE MINIMA SOLICITADA EM CADA PEDIDO.
3. OS PROUTOS SERÃO ENTREGUES DE ACORDO COM AS MARCAS INFORMADAS NA PROPOSTA
4. VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESSENTA) DIAS.
5. PRAZO DE INÍCIO DE FORNECIMENTO/EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO I) DO EDITAL DESSE PROCESSO.
6. QUE NÃO INCIDE NAS VEDAÇÕES PREVISTAS NA LEI Nº 14.133/2021.
7. QUE O PRAZO DE INÍCIO DA ENTREGA DOS OBJETOS SERÁ DE ACORDO COM OS TERMOS ESTABELECIDOS NO ANEXO I, DESTE EDITAL A CONTAR DO RECEBIMENTO, POR PARTE DA DETENTORA, DA ORDEM DE COMPRA OU DOCUMENTO SIMILAR, NO SEGUINTES ENDEREÇO: **SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE, NO SETOR DA FARMÁCIA MUNICIPAL DECIO PORTO, NA RUA JERÔNIMO FLAUZINO BARBOSA, N.º 271, VILA GARRIDO**. TODOS OS BENS SERÃO AVALIADOS, SOB PENA DE DEVOLUÇÃO DE NÃO ACEITE, CASO NÃO ATENDA A DESCRIMINAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA DO REFERIDO EDITAL OU DE MÁ QUALIDADE.

LOCAL E DATA

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

EMPRESA / CNPJ

RESPONSAVEL

CPF