



MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Pregão Eletrônico (SRP) Nº ____/2024

Processo Administrativo Nº 63148.005985/2024-91

Empresa:

CNPJ nº:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	Nº DE REGISTRO DA ANVISA (se houver)	UF	QUANT.	MARCA/ FABRICANTE	V.U Máximo Aceitável	V.T Máximo Aceitável
Nº do item							
Nº do item							
Nº do item							
Nº do item							
VALOR TOTAL					R\$		

* Legenda: (excluir após o preenchimento)

UF: unidade de fornecimento

QUANT.: quantidade

V.U: valor unitário

V.T: valor total

VALIDADE DA PROPOSTA: Não inferior a 120 dias.

Dados para Pagamento:

Banco: Nome

Agência: Código no Brasil

Conta: Número

Local e Data.

Nome completo do representante legal
Cargo/Função
CPF