**SOLICITAÇÃO DE PREÇOS PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **01 – NOME DO ÓRGÃO:** | **02 – ENDEREÇO:** |
|  |  |
| **03 – ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ TER OS CAMPOS DE Nº 10 E 11 PREENCHIDOS PELA EMPRESA E DEVOLVIDO NO ENDEREÇO ACIMA OU PELO EMAIL.** |
| **04 – PRAZO:** |  | **05 – LOCAL:** |  |
| **06 – ITEM** | **07- DESCRIÇÃO DO SERVIÇO** | **08 – U/C** | **09 – QUANT.** | **PREÇO** |
| **10 – UNITÁRIO** | **11 - TOTAL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DECLARAMOS INTEIRA SUBMISSÃO AOS TERMOS DA LEI Nº 8.666/93** | **VALIDADE DA PROPOSTA:**  | **90 dias** |
| **NOME DA EMPRESA:**  |  | **NOME DO BANCO:** |
| **ENDEREÇO:**  |  | <Banco> |
| **TELEFONE:** |  | **E-MAIL:** |  | **AGÊNCIA:** | <Nº da Agência> |
| **CNPJ:** |  | **INSC. ESTADUAL:**  |  | **Nº DA CONTA:** | <Nº da conta> |
| **EM:**  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Assinatura/Carimbo:** |  |