

ANEXO II - MODELO PROPOSTA COMERCIAL

[IMPRIMIR EM PAPEL TIMBRADO OU INSERIR LOGO DA EMPRESA]

À
FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY
A/C: COMISSÃO DE JULGAMENTO

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, viemos manifestar nosso interesse na contratação de empresa especializada para prestação de serviços continuados de gestão integrada de enxoval hospitalar, compreendendo a locação, processamento, higienização, rastreabilidade eletrônica por tecnologia RFID, controle informatizado do enxoval e fornecimento de toda a infraestrutura da **FUNDAÇÃO** e indicar o Sr(a). _____, identidade _____, órgão emissor _____, CPF _____ como nosso representante junto a esta comissão de julgamento.

PROPOSTA COMERCIAL

ITEM	Item do Enxoval	Categoria	Giros por leito	Qtde unitária/leito	Qtde Total Mínima	Valor/mês
1	Lençol com Encaixe	Hotelaria	5	5	1000 unidades	
2	Lençol Superior (Lençol Plano)	Hotelaria	5	5	1000 unidades	
3	Lençol Móvel (Travessa)	Hotelaria	5	5	775 unidades	
4	Fronha Hospitalar	Hotelaria	5	5	800 unidades	
5	Cobertor Hospitalar	Hotelaria	3	3	800 unidades	
6	Toalha de Banho	Hotelaria	5	5	775 unidades	
7	Toalha de Rosto	Hotelaria	5	3	465 unidades	
8	Cobertores/ Mantas	Hotelaria	3	3	800 unidades	
9	Camisola para Paciente	hotelaria	5	4	620 unidades	
10	Avental Cirúrgico Padrão	Cirúrgico	0	Estimado por giro diário	400 unidades	
11	Avental Cirúrgico Impermeável	Cirúrgico	0	alta proteção	200 unidades	
12	Campos Cirúrgicos Simples	Cirúrgico	0	tamanhos diversos	1200 unidades	
13	Campos Cirúrgicos Fenestrados	Cirúrgico	0	uso específico	350 unidades	
14	Campos Duplos de Mesa	Cirúrgico	0	cobertura de mesas	300 unidades	
			R\$	-		R\$ -
		TOTAL				R\$ -

TODOS os itens são estimados, a depender da necessidade da **FUNDAÇÃO**, sem garantia de faturamento, podendo variar para mais ou para menos.

(*) Informamos que todos os custos inerentes ao serviço prestado, incluindo tributos, importação, frete, seguros e outros de qualquer natureza, enfim todos os custos necessários para execução do objeto deste Edital, considerando a entrega no endereço da **FUNDAÇÃO** estão inclusos nos valores

Dados para contato de nosso Representante:
E-mail:
Telefone:

Prazo de Validade: 90 (noventa) dias.

(Local), Data.

(Assinatura e Carimbo do Representante Legal)