**PROPOSTA COMERCIAL**

| **Todos os campos são de preenchimento obrigatório** | | |
| --- | --- | --- |
| Razão Social | | |
| CNPJ | | |
| ME/EPP ( ) Sim ( ) Não | | |
| Endereço | | |
| Telefone/Fax | | |
| E-mail | | |
| **Dados do signatário - para assinatura do contrato** | | |
| Nome | Cargo | |
| Nacionalidade | Identidade | CPF |

**Objeto:** Contratação de profissional capacitado ou empresa especializada na instalação de aparelhos de ar-condicionado do tipo split inverter.

| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **QUANT.** | **VALOR TOTAL** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Serviço de instalação de 16 aparelhos de ar-condicionado | 1 |  |

**Prazo de Execução**: A instalação de todos os aparelhos deve ser iniciada em até 24 horas após a retirada da Ordem de Serviço, e deverá ser concluída no prazo máximo de 5 dias úteis.

**Local de Instalação**:

Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde – CIAS - Endereço: Rua Centauro, 241, Santa Lúcia, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.360-310 - Telefone de contato: (031) 97302-1692 - Horário de funcionamento: 09h00 às 18h00

**Prazo de Pagamento:** Em até 30 (trinta) dias após a entrega do documento fiscal correspondente ao período do mês apurado, devidamente atestada pelo contratante.

Declaro ter pleno conhecimento de que a proposta acima especificada se encontra de acordo com o solicitado e inclui em seu preço final todas as despesas inerentes autorizações, certificações, tributos, encargos, custos financeiros, deslocamento ao local de entrega dos bens/serviços e demais ônus que porventura possam incidir sobre a contratação.

Validade proposta 60 (sessenta) dias.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura e Carimbo

Identificação do Proponente com procuração ou Representante legal