



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA

SOLICITUD DE COTIZACIÓN (SERVICIOS)

Declaración Jurada

Razón Social	
Nro RUC	
Dirección	
Nro Celular	
Correo electrónico	

Fecha	
-------	--

CUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA DEL REQUERIMIENTO (Indicar Si o No)	Si
---	-----------

Forma de Pago	CRÉDITO
---------------	----------------

DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO		PROPUESTA ECONÓMICA	
Nº	DESCRIPCIÓN	U.M.	TOTAL S/ (Incluye IGV)
1		<i>Servicio</i>	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
		Total S/	

PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN DÍAS CALENDARIO	
LUGAR DE PRESTACIÓN	

TIEMPO DE GARANTÍA	
-----------------------	--

Nota: Considerar que todos los precios deben incluir todos los impuestos de ley incluido el IGV.

Firma y post firma del Proveedor