

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000055

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

N° E/M : 00066

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	
Concepto :	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE AREA CALIDAD		Moneda : S/.

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	040100010019	SERVICIO DE ALMUERZO, COFFE BREAK ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: 1 20 DE MAYO 2024 HAMBURGUESA DE POLLO + REFRESCO DE MAIZ MORADA CANT. 25 RACIONES 2 03 DE JUNIO 2024 SALTEÑA DE POLLO MAS ENSALADA+ REFRESCO DE MARACUYA CANT. 25 RACIONES 3 13 DE AGOSTO 2024 EMPANADA DE POLLO + AGUA DE MANZANA CANT. 25 RACIONES 4 OCTUBRE PRIMERA SEMANA PAPA RELLENA + ENSALADA + REFRESCO DE MARACUYA CANT. 25 RACIONES	
TOTAL			

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:

- Garantía:

- La Cotización debe incluir el I.G.V.

- Plazo de Entrega en N° Días/ Ejecución del Servicio :

- Tipo de Moneda :

- Validez de la cotización :

- Indicar Marca de Procedencia

- Tipo de Cambio :

Atentamente;

Requerimientos Técnicos:

Descripción del Servicio

Firma y sello de proveedor