



**PEDIDO DE ORÇAMENTO PARA FORNECEDORES**

Cód	Ítem	Especificação	Marca	Un	Quantidade	Unitário	Valor Total
048869	00001	GALVUS MET 50/850 MG VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 850MG COMPRIMIDO REVESTIDO		COM P	392		
<b>Total Geral</b>							

**Declaração de ME/EPP ou Equiparadas**

Declaro para os devidos fins que esta empresa enquadra-se na condição de ME/EPP ou equiparada, nos termos da Lei Complementar 123/2006.

( ) Sim

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS DA EMPRESA**

CNPJ/ CPF:

Telefone: ( )

Endereço Físico:

Endereço Eletrônico (E-mail):

Nome Completo e Identificação do Responsável: