



PEDIDO DE ORÇAMENTO PARA FORNECEDORES

Cód	Ítem	Especificação	Marca	Un	Quantidade	Unitário	Valor Total
064007	00001	OXCARBAMAZEPINA 600MG OXCARBAMAZEPINA 600MG, COMPRIMIDO.		COM P	360		
048869	00002	GALVUS MET 50/850 MG VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 850MG COMPRIMIDO REVESTIDO		COM P	336		
Total Geral							

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: