



Organização das Voluntárias de Goiás - OVG - Cnpj.: 02.106.664/0001-65

SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---------------|-------|--|
| Contato: | CONCEIÇÃO | Fone: | 32019464/9441 | Fax.: | |
| e-mail: | conceicao.fernandes@ovg.org.br | | | | |
| Esta solicitação é válida até o dia: | 05 de Julho de 2016 | | | | |

AREA FORNECEDOR

Por favor, encaminhar com as seguintes informações:

| | | | | | |
|----------------|--|----------|----------------------|--------|--|
| Nome Fantasia: | | | | | |
| Razão Social: | | | | | |
| CNPJ.: | | | Inscrição Estadual: | | |
| Contato: | | | Inscrição Municipal: | | |
| Telefone: | | | e-mail: | | |
| Celular: | | | Outros: | | |
| Endereço: | | | | CEP.: | |
| Banco: | | Agência: | | conta: | |

Importante: Os dados BANCÁRIOS são necessários tanto no ORÇAMENTO quanto na NOTA FISCAL, pois a partir de agora só realizaremos pagamento por meio de depósito bancário

Lista de Produtos / Serviços

| Item | Produto / Serviço | Marca | Uni | Qtd. | VI. Uni | Total |
|------|-------------------|-------|-----|------|---------|-------|
| 1 | Seguro de Saúde | | Uni | 1 | | |
| | | | | | Total: | |

Observação dos itens:

Credenciamento de empresa prestadora de serviços de plano de saúde privado de assistência à saúde ou seguro Privado de assistência á saúde. Não haverá exclusividade no fornecimento do serviço, podendo a OVG manter contato com plano de saúde atual e com outras credenciadas. Prazo de 12(doze) meses podendo ser prorrogado conforme regulamento de compras.

| | | | | | |
|------------------------|-----------|-----|----------|-----|--|
| Condição de Pagamento: | | | | | |
| Validade da Proposta: | | | | | |
| Prazo de Entrega: | | | | | |
| Nota Fiscal: | Material: | () | Serviço: | () | |

Observações do Fornecedor:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|