

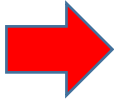


Prefeitura Municipal SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES

CNPJ: 45.116.712/0001-09

ENDEREÇO: RUA IRMÃOS BRANDINI, 503 – CENTRO – SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES – Tel: (17) 3481 1538
CEP: 15640-000 - SITE: www.saojoaoddpontes.sp.gov.br

PROPOSTA COMERCIAL
INTENÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 02/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 02/2024
FUNDAMENTO LEGAL: ART. Nº 75, INCISO II DA LEI 14.133/2021



FORNECER PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

01) DADOS DA EMPRESA:

- RAZÃO SOCIAL:
- CNPJ N°:
- I.E. N.º: TELEFONE:
- ENDEREÇO:
- CIDADE:

02) NOME DO SÓCIO OU PROPRIETÁRIO:

- Nº DO RG. E CPF:
- ENDEREÇO RESIDENCIAL:
- CIDADE E ESTADO:

03) PROPOSTA DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO CONFORME DESCRIÇÃO ABAIXO:

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01	TONER MS 811-812 Original ou compatível, não recarregado	06	R\$	R\$
02	FOTOCONDUTOR MS 811-812 Original ou compatível, não recarregado	03	R\$	R\$
03	FOTOCONDUTOR 3472 Original ou compatível, não recarregado	06	R\$	R\$
04	TONER 3472 Original ou compatível, não recarregado	12	R\$	R\$
05	TONER 1060 Original ou compatível, não recarregado	16	R\$	R\$
06	TONER 204 L Original ou compatível, não recarregado	03	R\$	R\$



Prefeitura Municipal SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES

CNPJ: 45.116.712/0001-09

ENDEREÇO: RUA IRMÃOS BRANDINI, 503 – CENTRO – SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES – Tel: (17) 3481 1538
CEP: 15640-000 - SITE: www.saojoaoddpontes.sp.gov.br

.....

07	TONER 285 PRETO Original ou compatível, não recarregado	20	R\$	R\$
08	TONER 2340 Original ou compatível, não recarregado	20	R\$	R\$
09	FOTOCONDUTOR 3052 Original ou compatível, não recarregado	04	R\$	R\$
10	FOTOCONDUTOR 2340	16	R\$	R\$
11	FOTOCONDUTOR 1060 Original ou compatível, não recarregado	06	R\$	R\$
12	TONER 2612 Original ou compatível, não recarregado	08	R\$	R\$
13	TONER MLT 205 Original ou compatível, não recarregado	03	R\$	R\$
14	TONER 3710 Original ou compatível, não recarregado	12	R\$	R\$
VALOR TOTAL				R\$

FORMA DE EXECUÇÃO E PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA

04) PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA: 60 DIAS

05) CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: Mensal.

06) BANCO: CONTA: AGÊNCIA:

(NOME DO MUNICÍPIO), XX de janeiro de 2024.

ASS: _____

CARIMBO CNPJ:

