

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N°

UNIDAD EJECUTORA : 001 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERU
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000095

| | | | |
|-------------|---|----------|----------|
| Señores : | | R.U.C. : | |
| Dirección : | | | |
| Teléfono : | | Fax : | |
| Email : | | Fecha : | Moneda : |
| Concepto : | SERVICIO DE SUPERVISION DE PRACTICAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD | | |

| UNIDAD MEDIDA | ITEM | DESCRIPCION | VALOR TOTAL |
|---------------|--------------|--|-------------|
| SERVICIO | 071100435372 | SERVICIO SUPERVISIÓN DE PRÁCTICAS CURRICULARES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Asignatura: Ciclo: | |
| TOTAL | | | |

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERU

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 :

Requerimientos Técnicos:
Otros

Atentamente;

FIRMA AUTORIZADA Y SELLO PROVEEDOR