FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE COMENDADOR LEVY GASPARIAN
Rua Euclides Dantas Werneck, nº 06, Centro,
Comendador Levy Gasparian/RJ - CEP: 25.870-000
CNPJ: 11.813.986/0001-35 – Insc. Estadual: isenta
Tel: (24) 2254-1100 ******* Fax: (24) 2254-1049

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COMENDADOR LEVY GASPARIAN/RJ
AVISO DE EDITAL DE LICITAÇÃO
PROCESSO ADMINISTRATIVO 2015/04405-P
REPETIÇÃO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 014/2015

OBJETO: Aquisição de medicamentos por determinação judicial para um consumo aproximado de 03 (três) meses.

DATA: 27/11/2015.

HORA: 09h (nove horas).

LOCAL: No Departamento de Licitações, localizado na sede do Município, à Av. Vereador José Francisco Xavier, nº 01, Centro, Com. Levy Gasparian/RJ.

RETIRADA DO EDITAL: O edital e seus anexos poderão ser retirados no endereço acima indicado ou no endereço eletrônico **www.prefeituradelevygasparian.com (Administração/Licitações/Licitações 2015/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE)**. Maiores informações poderão ser obtidas através do Tel/Fax: (24) 2254-2136 e no telefone (24) 2254-1326, das 08h às 16h.

Com. Levy Gasparian, 16 de novembro de 2015.

Rosane Maria Marques de Andrade
Pregoeira

SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE EDITAL (MODELO)

Razão Social: _____ CNPJ: _____

Endereço completo (Rua, Nº , Bairro e CEP.): _____
_____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: ( ) _____ E-Mail : _____

Nome da pessoa que está requisitando o edital: _____

Favor assinalar: MATRIZ: ( ) ou FILIAL: ( )

PROCESSO ADMINISTRATIVO: Nº 2015/04405-P.

PREGÃO PRESENCIAL: Nº 014/2015.

DATA: 27/11/2015.

HORÁRIO: 09h (nove horas).

OBJETO: Aquisição de medicamentos por determinação judicial para um consumo aproximado de 03 (três) meses.

Através do site **www.prefeituradelevygasparian.com**, tomamos ciência da realização da repetição do **Pregão Presencial nº 014/2015**, e como é do nosso interesse a participação na referida licitação, solicitamos que o edital seja enviado para o endereço eletrônico informado no quadro acima.

_____, _____, de _____ de _____.
(Local e Data)

_____
(Assinatura)

(A presente solicitação deverá ser impressa em papel timbrado da empresa e enviada através do fax nº (24) 2254-2136 ou através do e-mail: *rosane.licita@gmail.com* ***no modelo padrão apresentado. Favor não rasurar o documento na hora do preenchimento.)***