

ANEXO III
PROPOSTA DETALHADA

1. Informações a serem preenchidas pelo participante:

Empresa:
CNPJ:
Endereço completo (com CEP):
Telefone:
E-mail:
Banco:
Agência:
Nº Conta Corrente:
Nome do Representante Legal (que dará aceite à nota de empenho):
CPF do Representante Legal (que dará aceite à nota de empenho):

2. Valores ofertados:

ID	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	Qtd	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (Valor unitário x quantidade) (R\$)
1	Doses de vacina quadrivalente/2025 contra influenza (gripe) com gesto vacinal (aplicação). Marca:	Unidade	600		