

**SNCC.F.042**

Seleccione la fecha

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES CENTRAL DE APOYO LOGISTICO

formulario de información sobre el oferente

departamento de compras y contrataciones.

*[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán sustitutos.]*

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. Nombre/ Razón Social del Oferente: *[indicar el nombre jurídico del Oferente]* |
| 2. Si se trata de una asociación temporal o Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: *[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]* |
| 3. RNC/ Cédula/ Pasaporte del Oferente: |
| 4. RPE del Oferente: *[indicar el número del Registro de Proveedores del Estado]* |
| 5. Domicilio legal del Oferente: |
| 6. Información del Representante autorizado del Oferente:  Nombre: *[indicar el nombre del representante autorizado]*  Dirección: *[indicar la dirección del representante autorizado]*  Números de teléfono y fax*: [indicar los números de teléfono y fax del representante autorizado]*  Dirección de correo electrónico: *[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]* |