**ANEXO IV**

**FORMULÁRIO DE MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**

**NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 35/2025**

**EDITAL Nº 25/2025**

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 21/2025**

**OBJETO:** Registro de preços para futura e eventual aquisição de armações de óculos e lentes de grau, a serem fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, a fim de atender as demandas diárias e setoriais do Munícipio de Cândido Rodrigues/SP, conforme características, quantitativos e demais exigências mínimas a seguir:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cód.** | **Descrição** | **Quant.** | **Unid.** | **Marca** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| \*\*\* | \*\*\* | \*\*\* | \*\*\* | \*\*\* | R$ \_\_\_\_\_\_ | R$ \_\_\_\_\_\_\_ |
| **(INSERIR ITENS CONFORME ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA)**  **(É OBRIGATÓRIO INSERIR A TOTALIDADE DOS ITENS)** | | | | | | |
| **Valor Global Total - R$ \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |

**Valor total por extenso: R$.......................... (.......................................).**

**a)** Aceita todas as condições estabelecidas neste edital e seus anexos;

**b)** Que o preço apresentado abrange todas as despesas incidentes sobre o objeto da licitação (a exemplo de impostos, taxas, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e gastos com transporte), bem como os descontos porventura concedidos;

**c)** Que se compromete a executar o objeto licitado no preço e prazo constantes de sua proposta.

Esta proposta é válida pelo prazo de \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dias.

**Dados bancários:**

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_