**CARTA PROPOSTA DE PREÇO**

AO MUNICÍPIO DE GUAÍRA/SP

A/C - Pregoeiro

Av. Gabriel Garcia Leal nº 676 - Bairro: Maracá – Guaíra/SP.

**Assunto:** COTAÇÃO

**Objeto:** **CONTRATAÇÃO DE PSICOPEDAGOGO CLÍNICO TERAPEUTA DE APRENDIZAGEM – ORDEM JUDICIAL**

Apresentamos nossa proposta para fornecimento dos itens abaixo discriminados, conforme Termo de Referência, que integra o instrumento convocatório da licitação em epígrafe; e declara conhecer os termos do instrumento convocatório que rege a presente licitação.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO** | **QUANT. ANUAL** | **V. UNIT.** | **V. TOTAL** |
| 01 | Tratamento com ***Psicopedagogo Clínico Terapeuta de Aprendizagem***: 1 sessão seminal | 52 |  |  |

Declaramos sob as penas das leis, que:

1) concorda com as condições de entregar os itens que foram propostos;

2) os preços propostos, já estão incluídas todas as despesas, que estejam diretas ou indiretamente relacionadas com a execução do objeto da presente licitação;

3) que concorda com o Contratante, por ocasião da entrega do objeto, se necessário, executar, com pessoal próprio ou por terceiros, teste de qualidade, que não sendo satisfatórios, ensejarão a devolução de todo o lote entregue, sem qualquer tipo de indenização, e a Contratada deverá substituí-lo por outro lote, sem qualquer custo, que também estará sujeito os mesmos testes;

4) Sempre que julgar necessário, o Município de Guaíra/SP solicitará, durante a vigência do respectivo Contrato, o fornecimento do objeto desta licitação, na quantidade que for preciso, mediante Ordem de Compra, emitida pelo Setor de Compras, os quais deverão ser executados conforme Termo de Referência.

**Prazo de validade da Proposta não inferior a 90 (noventa) dias - a contar da data da sua apresentação.** Quando não constar a validade da proposta, entende-se que a validade é de 90 (noventa) dias.

**INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA PAGAMENTO:**

BANCO º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AGENCIA Nº

CONTA CORRENTE Nº:

**RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO / ATA**

NOME:

CARGO NA EMPRESA:

CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG Nº

DATA DE NASCIMENTO: **\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO:

E-MAIL INSTITUCIONAL:

E-MAIL PESSOAL:

TELEFONE (S):

(Cidade/UF) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL**

**Assinatura,**

**Nome legível, RG. nº., CPF. nº. e cargo do signatário**