Logotipo/timbre da empresa

Razão Social: ......................................

Endereço Completo: ..............................

Fone/Fax: ...............................................

CNPJ: .....................................................

Inscrição Estadual e/ou Municipal: .........

[Cidade], ... de .............. de 2015

À

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP

A/C Seção de Materiais

**Proposta de Fornecimento nº -------------**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VENDEDOR(A) | CONDIÇÕES DE  PAGAMENTO | VALIDADE  DA PROPOSTA | PRAZO ENTREGA |
| ............... | 28 dias | **30 dias** | **...............** |

Qtde Unid. Descrição do Serviço Valor Unitário Valor Total

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Serviço de ...............  "Estamos de acordo com a portaria GR 3161/99 sobre multas por atrasos injustificados na entrega."  Conta Corrente para Crédito:  Banco do Brasil:  Agência: xxxxx – Conta: xx.xxx.xxx  Declarar “Empresa Optante pelo Simples Nacional” (se for o caso) | |  |  |
|  | | | **TOTAL ORÇAMENTO – R$ .............................** | | |
|  | | |

#### Universidade de São Paulo

###### **Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto**

**SEÇÃO DE MATERIAIS**

Avenida do Café, s/no – Campus da USP – Bairro: Vila Monte Alegre

Fone: (16) 3315.4206 - 3315.4218 –3315.4264 –3315.4310

Fax : (16) 3315.9099

CEP 14.040-903 – Ribeirão Preto - SP

E-mail: [compras@fcfrp.usp.br](mailto:jsanchez@fcfrp.usp.br) sítio: www.fcfrp.usp.br/secao-de-materiais

INSTRUÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE ORÇAMENTO DE SERVIÇO

* Orçamento em papel timbrado
* Destinado à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Rib. Preto – USP
* Data da proposta
* Cond. de Pagamento: 28 dias
* Prazo de entrega: (indicar um prazo situado entre 3 e 30 dias)
* Validade da proposta: 30 dias
* Indicar se a empresa emite nota fiscal de prestação de serviços
* Informar separadamente valor do serviço e valor de materiais/peças
* **Não** utilizar a expressão “Mão-de-obra”. Utilizar Prestação de Serviço de ............
* Agência e Conta no Banco do Brasil para crédito
* Razão Social da proponente
* CNPJ da empresa que irá faturar.
* Número da nossa Requisição de Compra ou Serviço
* DECLARAR NO ORÇAMENTO: “**ESTAMOS DE ACORDO COM A PORTARIA 3161, SOBRE MULTAS POR ATRASOS INJUSTIFICADOS NA ENTREGA**”

**A EMPRESA DEVE DISPOR DAS SEGUINTES CERTIDÕES NEGATIVAS :**

1. CRF – CERTIFICADO DE REGULARIDADE JUNTO AO FGTS:

<https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriteriosPesquisa.asp>

1. CND – CERTIDÃO NEGATIVA DE TRIBUTOSFEDERAIS E PREVIDENCIÁRIOS:

<http://www.receita.fazenda.gov.br/aplicacoes/ATSPO/certidao/CndconjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1>

1. Sanções do Governo do Estado de São Paulo:

<http://www.aplicacao.sancoes.sp.gov.br/sccf040600.nsf/pesquisa_cpf-cnpj?OpenForm>

1. Cadin do Governo do Estado de São Paulo:

<https://www.fazenda.sp.gov.br/cadin_estadual/pages/publ/cadin.aspx>