



AXMED EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES LTDA – EPP.

Rua Dona Aurora Alegretti 81 – JD. Caravelas – CEP: 04728-090 – São Paulo/SP

Fone: (11) 5642-0302 Fone/Fax (11) 5641-6213 Site: WWW.AXMED.COM.BR E-mail: axmed@axmed.com.br

São Paulo, 09 de Abril de 2020

ÁO

HOSP SÃO PAULO

A/C: Sr(a): Orlando - Depto de Compras

CEL: ()

FONE: (11) 5576-4412

Email:

PROPOSTA N° 14958

<u>COD</u>	<u>DESCRIÇÃO</u>	<u>UN</u>	<u>QTD</u>	<u>R\$ UNIT.</u>	<u>R\$ TOTAL</u>
	Item 01 - Esteto adulto	Pç	100	25,00	2500,00
	Item 02 - ambu adulto em silicone autoclavavel com reservatório 	Pç	10	230,00	2300,00
	Item 03 – ambu infantil em silicone autoclavavel com reservatório	pç	10	230,00	2300,00
	Item 04 - Ambu neo em silicone autoclavavel com reservatório	pç	02	230,00	460,00
	Item 05 – Conjunto de nebulização continua composto de: traquéia com 1,20 mts em silicone autoclavável camada interna lisa corrugada externa, macronebulizador de 500 ml e máscara facial adulta em PVC	cj	50	150,00	7500,00
VALOR TOTAL: R\$ 15.060,00					

CONDIÇÕES GERAIS DE FORNECIMENTO:

Validade da proposta: 15 dias
Prazo de entrega: 07 A 30 DIAS UTÉIS PARA SAIR DE SÃO PAULO
Pagamento: a combinar
Garantia: 01 ano contra defeito de fabricação
Faturamento mínimo: R\$ 300,00
Frete: CIF

Dados de Referência:

Orçamento efetuado com base no descritivo mencionado por cliente em cotação. Atentar-se as fotos destacadas, descritivo e códigos:

- I. Devolução / Troca de produtos: Não será aceita a devolução / troca para produtos que forem solicitados pelo cliente equivocadamente, ou produtos fabricados especialmente de acordo com a solicitação devidamente autorizada.**
- II. Produtos adquiridos há mais de 30 dias também não serão aceitos devolução / troca.**
- III. Para fornecimento é obrigatório o aceite através do e-mail axmed@terra.com.br, juntamente com aprovação das condições gerais, preenchida pelo cliente, podendo ser no corpo do email.**

APROVAÇÃO DAS CONDIÇÕES GERAIS

Eu (nome pessoa), Setor _____, estou CIENTE E DE ACORDO com as Condições Gerais da Proposta Nº 14958

Essa proposta foi elaborada com base no CNPJ:

que será utilizado para emissão da nota fiscal e entrega de material.

Caso deseje excluir algum item (sujeito a alteração da forma de pagamento), receber a nota fiscal com outro CNPJ OU outro LOCAL DE ENTREGA, por favor informar aqui.

Data: ____ / ____ / ____

Atenciosamente,

Tatiana S. Borges / Silvia Elena
AXMED EQUIP.MED. HOSPIT. LTDA EPP.