**ANEXO I**

**ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO / MODELO DA PROPOSTA / VALORES DE REFERENCIA**

**Processo de Licitação nº 017/2017 – Pregão Presencial 007/2017**

Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **DESCONTO**  **MINIMO** | **DESCONTO**  **OFERTADO** |
| 1 | Fornecimento, em caráter complementar de medicamentos **ÉTICOS** constantes da Lista ABCFARMA, exceto os relacionados na Lista Básica da Farmácia Municipal, destinados aos pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde, durante o exercício financeiro de 2017. |  |  |
| 2 | Fornecimento, em caráter complementar de medicamentos **GENÉRICOS** constantes da Lista ABCFARMA, exceto os relacionados na Lista Básica da Farmácia Municipal, destinados aos pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde, durante o exercício financeiro de 2017. |  |  |
| 3 | Fornecimento, em caráter complementar de medicamentos **SIMILARES** constantes da Lista ABCFARMA, exceto os relacionados na Lista Básica da Farmácia Municipal, destinados aos pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde, durante o exercício financeiro de 2017. |  |  |

Validade da proposta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do representante da empresa proponente

**OBSERVAÇÃO: O preço de referencia dos medicamentos são aqueles constantes da Lista ABCFARMA**