|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre para la cotización** | Dirección de Programas de Equidad |
| **Consecutivo para referir cotización** | 0000 |
| **Correos electrónicos** | [dpe@mep.go.cr](mailto:dpe@mep.go.cr) |
| **Teléfono** | 2233-6027 |
| **Provincia** | San José |
| **Cantón** | San José |
| **Distrito** | Hospital |
| **Nombre del producto** |  |
| **Especificaciones exactas del producto solicitado:** |  |
| **Estimado/a proveedor/a agradecemos considerar los siguientes ítems**  **para la elaboración de la cotización:** | |
| 1. Fecha de emisión de la cotización. 2. Número de cotización. 3. Vigencia de la cotización (en días). 4. Logo, número de identificación (cédula jurídica) y nombre de la empresa. 5. Fecha, dirección exacta donde se ubica la empresa. 6. Tiempo requerido para entregar el bien (indicar si el bien se mantiene dentro del inventario o no). 7. Tiempo de la garantía sobre el producto. 8. Si la empresa da servicio de mantenimiento y venta de los repuestos sobre el bien. | |
| **Nota aclaratoria:**  En caso de ofertar un producto diferente a lo solicitado, por favor indicar las especificaciones en las que no coincide. | |

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN**