|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre para la cotización** | Dirección de Programas de Equidad |
| **Consecutivo para referir cotización** | 0000 |
| **Correos electrónicos**  | 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**