

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PREÇOS

TIMBRE DA EMPRESA
NOME COMPLETO DA EMPRESA
CNPJ Nº

Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF

A empresa _____, CNPJ nº _____, endereço completo: _____, informa que não poderá encaminhar cópias de 03 (três) notas fiscais emitidas a no máximo 90 (noventa) dias ou contratos vigentes com outras empresas pelo seguinte motivo: **detalhar os motivos pelos quais a empresa não pode apresentar notas fiscais**. Diante disso, declaramos sob as penas do Art. 299 do Código Penal que os preços praticados junto ao INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF) - CNPJ: 28.481.233/0001-72, são os praticados com outros contratantes e os de mercado, não havendo majoração.

Brasília/DF ___ de _____ de 202X.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
CPF
NOME DA EMPRESA

Obs.: a declaração deverá estar assinada pelo representante legal de forma manual ou digitalmente (por token).