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).