

TERMO DE REFERÊNCIA

- 1. Objeto** Aquisição de receitas azuis, tipo “B” para uso da AAMO.
- 2. Quantidade** 500 (quinhentas)
- 3. Especificação do Objeto** Receitas azuis, tipo “B”.
- 4. Valor estimado da aquisição** Pesquisa a cargo da COMAP
- 5. Justificativa** Atender as necessidades dos servidores deste TRE que necessitam adquirir medicação que exige as citadas receitas.
- 6. Prazo de entrega** O produto deverá ser entregue no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da entrega da Nota de Empenho
- 7. Prazo de validade** Não se aplica
- 8. Adjudicação** _____
- 9. Classificação orçamentária** (A cargo da COFIN)
- 10. Local da entrega** AAMO – Assessoria de Assistência Médica e Odontológica
Rua Aristeu de Andrade, 377, Farol, Maceió/AL CEP 57051-090
Fone (82) 2122-7746 / 2122-7747 Horário: de segunda a quinta das 13:00 às 19:00 e na sexta das 07:30 às 13:30
- 11. Unidade fiscalizadora** AAMO - Assessoria de Assistência Médica e Odontológica

12. Observações

13. Anexos
