**Anexo 3. Formato de Propuesta Económica**

FORMATO 2

**FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

**SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO**

**DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR**

**P R E S E N T E**

En atención a su solicitud de cotización, me permito hacerle entrega de la siguiente propuesta económica:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Dirigida a:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Licitación Pública Nacional No.** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Relativa al servicio:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | | | | | **DOSIMETRO CONVENCIONAL** | | **DOSIMETRO DE ANILLO** | | **DOSIMETRO CONVENCIONAL** | | | | **DOSIMETRO DE ANILLO** | | |
| **Partida** | **Entidad** | **Unidad Médica** | **No. de POE** | | **Requerimiento Mínimo anual** | **Requerimiento Máximo Anual** | **Requerimiento Mínimo anual** | **Requerimiento Máximo Anual** | **Precio Unitario Ofertado por Servicio** | **Importe Mínimo Anual** | **Importe máximo Anual** | **Precio Unitario Ofertado por Servicio** | | **Importe Mínimo Anual** | **Importe máximo Anual** |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | **Subtotal** |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | **I.V.A.** |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | **Total** |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anotar con letra, el Subtotal sin IVA.** | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Precios Fijos** | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vigencia cotización (Mínimo 60 días naturales)** | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nombre del Representante Legal:** | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fecha:** | |  | | | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA**

**DEL REPRESENTANTE LEGAL**