

Belo Horizonte, 02 de julho de 2020

PROP. 1386

Ao
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CANCER
CNPJ: 10.894.988/0004-86
ENDEREÇO: ROD BR CENTO E UM, Nº 485, BAIRRO: CURADO
RECIFE - PE
CEP: 50.780-627
CONTATO: JESSICA
(81) 2011-0100 / Ramal 176

PROPOSTA COMERCIAL

Em atenção à sua consulta, a Konica Minolta Healthcare do Brasil Industria de Equipamentos Medicos LTDA., tem a grata satisfação de disponibilizar para sua análise a presente proposta comercial relativa às soluções do nosso portfólio em **Imagem Primária**.

Nosso objetivo é entendermos suas necessidades e nos concentrarmos em ajudar você e sua instituição a conseguir um melhor **VALOR AGREGADO**, maior **CONFIANÇA CLÍNICA** e uma **EXPERIÊNCIA OPERACIONAL SEGURA** através do nosso portfólio completo de **Soluções em Imagem Primária** que compreende: equipamentos de raios-x analógicos e digitais, mamógrafo, sistemas de digitalização via CR, painéis digitais DR, soluções em impressão, soluções em IT e uma linha de ultrassom focada no *point of care*.

A presente proposta tem validade de 15 (quinze) dias, ficando após esse período sujeita a revisão e aprovação.

Estamos à inteira disposição para maiores esclarecimentos. Reiteramos a ocasião para ressaltar nossa consideração e estima.

Atenciosamente,

Vendas filmes
Amanda Thibau
Service.healthcare@konicaminolta.com
Amanda.thibau@konicaminolta.com
Tel.: (31) 3117-4400 ramais 4409/4410

Vimos por meio deste, apresentar nossa proposta nº 1386 para aquisição de filmes digitais, para uso na impressora Dry Pro 873, 832 e/ou Sigma:

QNTD. CX	DESCRIÇÃO	QNT. PELICULAS POR CAIXA	VALOR CX	VALOR PEDIDO
8	FILME SD-Q 10x12" (25x30 cm)	125	R\$ 398,75	R\$ 3.190,00

TOTAL	Três mil, cento e noventa reais	R\$ 3.190,00
-------	---------------------------------	--------------

Condição de pagamento:	30 dias (depósito bancário)
------------------------	-----------------------------

Dados bancários:	Banco do Brasil - AG:2350-7 - C/C:106371-5 - CNPJ: 71.256.283/0001-85
------------------	---

Validade da proposta:	15 dias.
-----------------------	----------

Autorizado por _____
Assinatura e carimbo

Data ____/____/____

Dados para faturamento

Razão Social _____

CNPJ _____

Insc. Est/Mun _____

Contato e tel _____

E-mail _____

Endereço de entrega _____