



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO XI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CONFORMIDADE COM A PROPOSTA DE TRABALHO

(nome da OS)....., CNPJ n.:, sediada (endereço completo), por seu representante legal Sr (a) _____ (qualificação completa, nome, estado civil, RG e CPF e endereço residencial), declara, para os devidos fins, que compromete-se em prestar todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no Chamamento Público 001/2021 aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA, no **Hospital Regional de Dourados - HRD**, localizado no Município de Dourados/MS.

Declara, ainda, que a validade das propostas apresentadas é de 120 dias a partir da data da abertura da seleção.

Declara, ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerá aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como, respeitará o caráter público da Unidade de Saúde.

Local e Data

Assinatura e número da identidade do representante legal e CNPJ da OS.