

GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM
CONFORMIDADE COM A PROPOSTA DE TRABALHO

(Nome da OS), nº CNPJ, sediada na (rua), por seu(sua) 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 XXX aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA, no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN, localizado no município de Ponta Porã/MS.

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

Declara, ainda, que conhece 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 das Unidades de Saúde.

Local e Data

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