



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – HU-UFMA
SETOR DE ADMINISTRAÇÃO
UNIDADE DE LICITAÇÃO

ANEXO II – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DA LICITANTE

Razão Social: _____

Nº. CNPJ: _____

Inscrição Estadual: _____

Endereço Completo e Atualizado da Empresa: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Nome Completo do Representante*: _____

Cargo: _____

Telefone Comercial: (____) _____

Correio Eletrônico: _____

Nº. de Identidade: _____ Órgão Emissor/UF: _____

Nº. do CPF: _____

Endereço Residencial: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA

Nº. do Código do Banco: _____ Nome do Banco: _____

Nº. da Agência: _____ Nº da Conta Corrente: _____

Cidade/UF da Agência Bancária: _____

Local e data: _____

Assinatura devidamente identificada do representante legal
Nº do CPF e Nº da Identidade

OBSERVAÇÃO:

- Preencher com os dados do responsável pela assinatura da Ata de Registro de Preços e/ou Contratos, caso a empresa seja vencedora na licitação e encaminhar juntamente com a Proposta de Preços.