

AVISO DE DISPENSA

PROTOCOLO Nº 2024040797

Artigo 75, § 3º da Lei nº 14.133/2021

A Prefeitura Municipal de Catalão, através do **Fundo Especial Municipal Para o Corpo de Bombeiro – FEMBOM**, por meio de seu Diretor, Major Wiliam Alves Diniz Júnior, em obediência ao Artigo 75, § 3º da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, vem, por meio do presente, tornar pública a **manifestação de interesse da Administração em obter propostas adicionais de eventuais interessados para aquisição de oxigênio medicinal e ar medicinal para uso no atendimento pré hospitalar do 10º Batalhão Bombeiro Militar de Catalão-GO**, conforme as especificações a seguir:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
001	AR MEDICINAL, CILINDRO DE 2 M3	UNID	15
002	OXIGÊNIO MEDICINAL, CILINDRO DE 2 M3	UNID	50
003	OXIGÊNIO MEDICINAL, CILINDRO DE 1 M3	UNID	30

O material deverá ser entregue pela Contratada na sede da Contratante, situada na Avenida Raulina Fonseca Paschoal, nº 870, Centro, Catalão, CEP: 75.701-490, conforme prévia solicitação realizada pela Contratante.

A adjudicação será Menor Preço por Item.

Os orçamentos deverão ser enviados para o endereço eletrônico: orçamentos@catalao.go.gov.br até o dia 22 de outubro de 2024.

Catalão – GO, 18 de outubro de 2024.

Wiliam Alves Diniz Júnior.

Major QOC.

Diretor do FEMBOM / Comandante do 10º BBM

ANEXO I

PROPOSTA COMERCIAL

À Prefeitura Municipal de Catalão

Apresentamos a nossa proposta de preços, detalhada na planilha abaixo, para “Aquisição de Materiais e Serviços em Geral, estando Cientes dos prazos para cumprimento do objeto, que estão previstos no mesmo. Para tanto, nos propomos a fornecer os materiais listados pelos preços unitários constantes da planilha de quantitativos anexa e pelo preço global de R\$ _____, _____ (_____).

Dados da Empresa

Razão _____; Social: _____;

CNPJ _____; n.º: _____;

Endereço _____; Completo: _____;

Fone: _____;

E-mail: _____;

Site _____ ou _____ similar: _____;

Conta _____; Bancária/Agência/Banco: _____;

Razão _____; Social _____;

Responsável _____ e Administrador: _____;

Obs.: Usar formatação oficial da empresa que a identifique

Catalão (GO) aos, __ de _____ de 2024.

Assinatura do Responsável

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
001	AR MEDICINAL, CILINDRO DE 2 M3	UNID	15
002	OXIGÊNIO MEDICINAL, CILINDRO DE 2 M3	UNID	50
003	OXIGÊNIO MEDICINAL, CILINDRO DE 1 M3	UNID	30