**Formulário de Aquisições ou Serviços**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DADOS DO PRINCIPAL SOLICITANTE** | |
| **Unidade:** | |
| **Nome:** | |
| **E-mail:** | |
| **Telefone: 19 – 35223600** | **Celular:** |
| **2 . OBJETO E QUANTIDADE** | |
|  | |
| **3. DESCRIÇÕES DO OBJETO** | |
| Automático, sem bodas, com tina na cor preta, tamanho e- 20, e-30 ou similar com o texto abaixo.  **XXXXXX**  XXXXXXXXX  XXXXX  **Fundação Municipal de Saude de Rio Claro/SP** | |
| **4. JUSTIFICATIVA** | |
|  | |
| **5. OBSERVAÇÕES** | |
|  | |

Rio Claro, 27 de Abril de 2022.

Assinatura e Carimbo do Solicitante Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata