



## Nombre del Capitulo y/o dependencia

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Ó UNIDAD FUNCIONAL QUE GENERA EL

*[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán sustitutos.]*

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Nombre/ Razón Social del Oferente: <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Si se trata de una asociación temporal o Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]</i>
3. RNC/ Cédula/ Pasaporte del Oferente:
4. RPE del Oferente: <i>[indicar el número del Registro de Proveedores del Estado]</i>
5. Domicilio legal del Oferente:
6. Información del Representante autorizado del Oferente:  Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado]</i>  Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado]</i>  Números de teléfono y fax: <i>[indicar los números de teléfono y fax del representante autorizado]</i>  Dirección de correo electrónico: <i>[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]</i>