

SECRETARIA DE GESTÃO E GOVERNO DIGITAL

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual DA - Departamento de Administração

Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

ANEXO I.2

MODELO DE PROPOSTA DE DOAÇÃO

PROCEDIMENTO DE MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE EM RECEBER, POR PROPOSTA E INICIATIVA DE PARTICULARES, DOAÇÕES DE BENS MÓVEIS, SERVIÇOS OU DIREITOS CUJO OBJETO NÃO É PREVIAMENTE CONHECIDO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA nº 01/2023

PROCESSO SEI 147.00008150/2023-83

À Comissão Permanente de Avaliação,
[qualificar o proponente ou seu representant
legal], de acordo com os termos e condições previstos no edital indicado em epígrafe, apresenta a seguinte PROPOSTA DE DOAÇÃO, sem encargo, dos bens, serviços ou direitos a seguir relacionados:
1) Relação de Bens: [indicar a quantidade, valor unitário e valor total] OU
Valor total de recursos financeiros: [indicar o montante total de numerário a ser doado] OU
Relação de Serviços: [indicar a quantidade de horas de serviços a serem doados, valor unitário, valor total e região ou local de prestação dos serviços] OU
Relação de Direitos: [indicar os direitos a serem doados e o valor estimado]
2) Declaro que me responsabilizo pela entrega dos bens móveis no
Declaro que me responsabilizo pelo depósito de numerário no valor total de R\$, no prazo fixado pela Administração, em conta corrente do Fundo por ela indicada. OU
Declaro que me responsabilizo pela execução dos serviços, inclusive no que concerne à capacidade técnica para executá-los, no local e prazo fixados pela Administração.
3)Esta proposta é válida por 60 (sessenta) dias contados a partir da data da sua apresentação à Comissão Permanente de Avaliação.
(Local e data).
(Nome/assinatura do representante legal)