

## **Formulario de Identificación del Oferente**

PROCEDIMIENTO N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOMBRE COMERCIAL DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (RUT): \_\_\_\_\_

DATOS DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Quien (es) suscribe(n) \_\_\_\_\_

(nombre de quien firme y tenga poderes suficientes para representar a la empresa oferente acreditado en RUPE) en representación de la empresa de referencia, declara bajo juramento que la oferta ingresada en línea a través del sitio web [www.comprasestatales.gub.uy](http://www.comprasestatales.gub.uy) vincula a la empresa en todos sus términos y acepta sin condiciones las disposiciones de las Condiciones particulares, así como las restantes normas que rigen la contratación.

A su vez, la empresa oferente declara contar con capacidad para contratar con el Estado, no encontrándose en ninguna situación que expresamente le impida dicha contratación, conforme lo preceptuado por el artículo 46 del TOCAF y restantes normas concordantes y complementarias.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**  
ADMINISTRACION DOCUMENTAL

15 MAR 2024

**ENTRADA**

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**  
ADMINISTRACION DOCUMENTAL

15 MAR 2024

**SALIDA**