



08 de septiembre de 2021

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Página 1 de 1

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

- | |
|---|
| 1. Nombre/ Razón Social del Oferente: <i>SKETCH PROM S.R.L</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: 1-3130960-7 |
| 4. RPE del Oferente: 63612 |
| 5. Domicilio legal del Oferente: C/ Padre Paules #55, Ens. Ozama, Santo Domingo Este |
| 6. Información del Representante autorizado del Oferente:

Nombre: Windele Peguero Santana

Dirección: C/ Padres Paule #55, Ens. Ozama, Santo Domingo Este

Números de teléfono, Celular y fax: 809-855-6329 / 809-598-4596

Dirección de correo electrónico: <i>sketchprom@gmail.com</i> |

Firma



Sello:

