

DATOS GENERALES DEL POSTULANTE O PROVEEDOR

CONDICIONES QUE ACEPTA

El presente formulario no contiene oferta para celebrar un contrato, sino una invitación a conformar el Registro de Proveedores de Bienes Estratégicos y Servicios Conexos (RPBE). El Ministerio de Defensa Nacional, se reserva el derecho de admitir o no a un proveedor en su Registro.

PERSONA NATURAL

Nombre del proveedor: _____

C.C o I.D: _____

Calidad en la que solicita la inscripción:

- Fabricante
- Distribuidor Autorizado
- Distribuidor Exclusivo

Dirección: _____

Calle: _____

Nro: _____ Piso: _____

Código Postal _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Celular: _____

Email: _____ Pág. web _____

PERSONAS JURÍDICAS:

- Nacional
- Extranjera

Razón Social: _____

Calidad en la que solicita la inscripción:

- Fabricante
- Distribuidor Autorizado
- Distribuidor Exclusivo _____

Dirección: _____

Calle: _____

Nro: _____ Piso: _____
Código Postal _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____
Celular: _____
Email: _____ Pág. web _____
Presidente: _____ Teléfono: _____
Email _____

Representante Legal (Gerente General/ Presidente):

Teléfono: _____ Celular: _____
Email: _____

Teléfono: _____

Email: _____
Fecha nombramiento: _____ Vigencia: _____

Apoderado: _____
Fecha del nombramiento: _____ Fecha de caducidad: _____

CONSTITUCIÓN DE CAPITAL:

Privado: _____
Estatal: _____
Mixta: _____

BIENES O SERVICIOS OFRECIDOS:

El proveedor interesado deberá dar una descripción detallada de los bienes y/o servicios que ofrece, así mismo deberá demostrar su afinidad al servicio o bien que pretende ofrecer.

El Ministerio de Defensa Nacional se reserva el derecho de verificar los bienes o servicios ofertados y las referencias de experiencia y capacidad técnica. (Anexo obligatorio de los bienes que oferta conforme CATALOGO DE BIENENS DEL MINISTERIO DE DEFENSA)

ESTADOS FINANCIEROS:(año decurrente) _____

BALANCE: _____

REPRESENTANTE EN EL ECUADOR: (si aplica)

Nombre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Número fax: _____

El abajo firmante acepta las condiciones del Ministerio de Defensa Nacional y certifica que la información descrita en este formulario es correcta y que, en caso de producirse cambios en la misma, se informará a la institución inmediatamente.

Firma

Nombre: _____

CC. _____

(Representante Legal (Gerente/Presidente); Apoderado de la(s) CIA. SA. o Persona Natural)

