

ANEXO No. 23 CARTA DE INTENCION PROPONENTE PLURAL - MEDICAMENTOS

El suscrito Representante legal _____ identificado con C.C _____ actuando en nombre y representación legal de _____ identificada con NIT _____ he decidido firmar la presente carta de intención como manifestación del compromiso con el proponente denominado _____, representado legalmente por _____, identificado con la C.C _____ e integrado por __ (registre el número de integrantes del proponente plural) entidades, así: La Entidad _____ identificada con NIT _____ y representada legalmente por _____ identificado con la C.C _____; La Entidad _____ identificada con NIT _____ y representada legalmente por _____ identificado con la C.C _____; La Entidad _____ identificada con NIT _____ y representada legalmente por _____ identificado con la C.C _____ y La Entidad _____ identificada con NIT _____ y representada legalmente por _____ identificado con la C.C _____, de garantizar el suministro de medicamentos, según el detalle de servicios de la presente para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, conforme los términos de duración, calidad y de prestación de servicios; definidos en el documento de selección de contratistas de la Invitación Pública No. 02 de 2017 que lleva a cabo la FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM; en caso de que la empresa con la que suscribo la carta de intención sea adjudicataria del proceso señalado.

ME COMPROMETO A (Marque con x la clase de dispensación)

Puntos de dispensación general	_____
Puntos de dispensación generales de 24 horas	_____
Puntos de dispensación que incluyen medicamentos de alto costo y no POS	_____
Servicio de Dispensación Domiciliaria	_____

PARA LOS MUNICIPIOS DE:

En constancia de lo anterior, se suscribe el presente compromiso el día ____ () del mes ____ del año ()

Firma Representante Legal: _____

Nombre del Representante legal: _____

Número de Documento de Identidad Representante legal: _____

Nombre de la Entidad: _____

NIT de la Entidad: _____