«Id»

**No. EXPEDIENTE**

**SNCC.F.042**

formulario de información sobre el oferente

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

Fecha: «Date»

|  |
| --- |
| 1. Nombre o Razón Social del Oferente: SERVICIOS DIVERSOS ARNAUD |
| 2. Si se trata de una asociación temporal o Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: |
| 3. RNC del Oferente: 124006902 |
| 4. RPE del Oferente: 4218 |
| 5. Domicilio legal del Oferente: Avenida Anacaona, Hotel Dominican Fiesta, Locales 5 y 6, 101, Los Cacicazgos |
| 6. Información del Representante autorizado del Oferente:  Nombre: Pablo Winston Refael Arnaud Bencosme  Cedula de Identidad: 001-0164410-2  Puesto: Gerente General  Dirección: Calle Luis F. Thomen #314 Cond. Marimi lll Ens. Quisqueya Sto. Dgo. Rep. Dom.  Números de teléfono y fax: 829 344-1484 , 809-334-1375  Dirección de correo electrónico: [oscar.veloz4@gmail.com](mailto:oscar.veloz4@gmail.com) , [pwarnaud@hotmail.com](mailto:pwarnaud@hotmail.com) |