



FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

FECHA: 16 de enero del 2023

1. Nombre o Razón Social del Oferente: HV MEDISOLUTIONS, SRL
2. Si se trata de una asociación temporal o Consorcio, nombre jurídico de cada miembro:
3. RNC del Oferente: 130-97478-2
4. RPE del Oferente: 29711
5. Domicilio legal del Oferente: Provincia: DISTRITO NACIONAL c/María de Regla #31, Don Honorio, Altos de Arroyo <i>Hondo Distrito Nacional, Rep Dom</i>
6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: MAIRA YRLANDA CASTILLO Dirección: c/María de Regla #31, Don Honorio Altos de Arroyo Hondo, Distrito Nacional, Rep Dom Números de teléfono: 809 518 7725, 829 574 2078 Dirección de correo electrónico: hvmedisolutions@gmail.com

Nombre y Firma _____

Maira Castillo



DISTRIBUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras