FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD

YO_____ Representante de la Firma

_____, certifico:

- ✓ La calidad del servicio ofertado
- ✓ El cumplimiento de las especificaciones técnicas ofertadas
- ✓ El cambio de los elementos que presenten cualquier defecto, mala calidad o se encuentren Vencidos, sin costo alguno para el ÁREA DE SANIDAD DECAQ, dentro del término acordado Para realizarlo después de la devolución del mismo.

(El Área de Sanidad DECAQ se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra Respaldada con la presente certificación).

_____

Representante Legal proponente

Nombre: _____

Documento Identidad: _____