



31 de octubre de 2022

Página 1 de 1

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA
SOCIAL**

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

Fecha: _____ 31 de octubre de 2022 _____

1. Nombre/ Razón Social del Oferente: <i>BDC SERRALLES, SRL</i>
2. Si se trata de una asociación temporal o Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>N/A</i>
3. RNC/ Cédula/ Pasaporte del Oferente: 101054832
4. RPE del Oferente: <i>461</i>
5. Domicilio legal del Oferente: Ave. Luperón No. 51, esquina Caonabo, Los Restauradores
6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: <i>Jonathan Bench</i> Dirección: <i>Ave. Independencia, Km 10.5, Honduras del Norte</i> Números de teléfono y fax: <i>809-338-8888 ext 200</i> Dirección de correo electrónico: <i>jonathan@bdcint.com.do</i>

Jonathan Bench