



Nombre del Capítulo y/o dependencia gubernamental

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Ó UNIDAD FUNCIONAL QUE GENERA EL FORMULARIO

Fecha: 10/5/2023

1. Nombre/ Razón Social del Oferente: <i>All in One Supply, Srl</i>
2. Si se trata de una asociación temporal o Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>N/A no aplica</i>
3. RNC/ Cédula/ Pasaporte del Oferente: <i>132271394</i>
4. RPE del Oferente: <i>96044</i>
5. Domicilio legal del Oferente: <i>Av. Nuñez de Caceres #23, San Gerónimo, Santo Domingo.</i>
6. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: <i>Karina Medina Azcona</i> Dirección: <i>Calle 16 #78, Villa Aura, Santo Domingo Oeste</i> Números de teléfono y fax: <i>809-636-7777</i> Dirección de correo electrónico: <i>allinonesupplysrl@gmail.com</i>