

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către **Instituația Medico-Sanitară Publică Policlinica de Stat**
MD-2012, MOLDOVA, mun. Chișinău, str. 31 August 1989, 70
(denumirea autorității contractante și adresa completă)

Stimați domni,

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al ***Instituției Medico-Sanitare Publice Asociația Medicală Teritorială Botanica***, în calitate de ofertant, declar pe propria răspundere, sub sancțiunea excluderii din procedură și sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, că nu mă aflu în una dintre situațiile prevăzute la art. 19 din Legea nr. 131/2015 privind achizițiile publice.

Mă oblig, la solicitarea autorității/entității contractante, în scopul verificării și confirmării declarației, să prezint orice document doveditor de care dispun.

Data completării 11.12.2024

GOLOVACI Marina
Ofertant/candidat
IMSP AMT Botanica
(semnătura autorizată)