

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către IMSP Spitalul Raional Cahul
MD3909, MOLDOVA, Кагульский, mun.Cahul, str.Ștefan cel Mare,23
(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)

Stimați domni,

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al „LABROMED LABORATOR” SRL,
(denumirea operatorului economic)
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 15.05.2025 Cu stimă,

Semnat: _____

Nume: Ermicev Alexandr

În calitate de: Director

Ofertantul: „LABROMED LABORATOR” SRL

Adresa: MD 2038, Chișinău, str. Trandafirilor, 15