

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către IMSP Policlinica Stomatologică Republicană
2012, MOLDOVA, mun.Chișinău, mun.Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab, nr. 17
(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)

Stimați domni,

1.Subsemnatul, Ermicev Alexandr În calitate de: Director
(numele, prenumele și funcția reprezentantului operatorului economic)
„LABROMED LABORATOR” SRL Adresa: MD 2038, Chișinău, str. Trandafirilor, 15
Denumirea și adresa operatorului economic

declar pe propria răspundere că materialele și informațiile furnizate beneficiarului sunt corecte și înțeleg că beneficiarul are dreptul de a solicita, în scopul verificării și al confirmării informației și a documentelor care însoțesc oferta, orice informații suplimentare privind eligibilitatea noastră, precum și experiența, competența și resursele de care dispunem.

3. Prezenta declarație este valabilă până la data de 02.06.2025
(se indică data expirării perioadei de valabilitate a ofertei)

Data completării 31.03.2025 Cu stimă,

Semnat: _____

Nume: Ermicev Alexandr

În calitate de: Director

Ofertantul: „LABROMED LABORATOR” SRL

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