



**MEIN MED SRL**

Anexa nr. 2  
la Regulamentul cu privire la achizițiile  
publice de valoare mică

**DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE**

**Către: Spitalul Clinic de Recuperare și Îngrijiri Cronice**  
**adresa: 2005, MOLDOVA, mun.Chîșinău, Str.Puskin-51**

*(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)*

**Stimați domni,**

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al **S.R.L. „MEIN MED”**, 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 **14.04.2025**

Ofertant/candidat

SRL MEIN MED

Administrator SARIVAN Gabriel

*(semnătura autorizată)*