

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către **IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie si Ortopedie**

(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)

Adresa: MD- 2004, MOLDOVA, mun.Chişinău, bd. Ştefan cel Mare 190.

Stimați domni,

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al **„MEIN MED” 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 28.01.2025

Ofertant/candidat
SRL MEIN MED

Gabriel SARIVAN

(semnătura autorizată)