

DECLARAȚIE PRIVIND ELIGIBILITATEA

1. Subsemnatul,

Ghenadie Cioban, administrator

(numele, prenumele și funcția reprezentantului operatorului economic)

MedFaktor CLINIC S.R.L. or. Bălți str.Pușkin 27/4

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.

2. Prezenta declarație este valabilă până la data de

31.01.2025

(se indică data expirării perioadei de valabilitate a ofertei)

Numele, prenumele și funcția reprezentantului operatorului economic: Ghenadie Cioban, administrator

Semnătura, LȘ

Data completării: **15.01.2025**

