

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către: **I.M.S.P. ASOCIAȚIA MEDICALĂ TERITORIALĂ BOTANICA**

Adresa: **mun. Chișinău, bd. Dacia 5/2**

IDNO: **1003600153360**

Stimați domni,

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al **CA Donaris Vienna Insurance Group SA**, 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 02.12.2025

Ofertant:

C.A. "DONARIS VIENNA INSURANCE GROUP" S.A.

(semnătura autorizată)