



**MEIN MED SRL**

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

**DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE**

**Către: IMSP Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1**  
**adresa: 2004, MOLDOVA, mun.Chișinău, mun.Chișinău, str.S.Lazo nr.7**  
*(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 **15.07.2026**

Ofertant/candidat  
SRL MEIN MED  
Administrator SARIVAN Gabriel

*(semnătura autorizată)*