

## DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

**Către: IMSP AMT Centru**

**adresa: MD2001, MOLDOVA, mun.Chișinău, str. 31 August, 1989,63.**

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

**Stimați domni,**

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al SRL 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 07.06.2024

Ofertant/candidat  
SRL MEIN MED  
RODIDEAL Vera

*(semnătura autorizată)*