

Formularul Declarației (F3.5)

[Ofertantul va completa acest formular în conformitate cu instrucțiunile de mai jos. Nu se vor permite modificări în formatul formularului, precum și nu se vor accepta înlocuiri în textul acestuia.]

Data depunerii ofertei: „ 11-16 ” februarie 2021

Procedura de achiziție Nr.: ocds-b3wdp1-MD-1612793564949

Anunț de participare Nr.: ocds-b3wdp1-MD-1612793564949

Către: **CENTRUL NATIONAL DE TRANSFUZIE A SÂNGELUI**

[numele deplin al autorității contractante]

„MEIN MED” SRL declară pe propria răspundere:
[denumirea ofertantului]

efectuarea, organizarea, planificarea, conducerea, controlul și garantarea activității de verificare periodică a dispozitivelor medicale/nemedicale cu propriul personal atestat (acreditat).

Semnat: _____
[semnătura persoanei autorizate pentru semnarea ofertei]

Nume: RODIDEAL VERA

În calitate de: Administrator
[funcția oficială a persoanei ce semnează formularul ofertei]

Ofertantul: „MEIN MED” SRL

Adresa: mun. Chișinău, str. Lisabona 2/2

Data: “ 11 - 16 ” februarie 2021