

**la Regulamentul cu privire la achizitie
publice de valoare mica**

DECLARATIE DE ELIGIBILITATE

Catre IMSP SPITALUL RAIONAL LEOVA

Stimati domni,

Subsemnatul, reprezentant imputernicit al **LEOCONS PLUS SRL** in calitate de **ofertant**, declar pe propria raspundere, sub sanctiunea excluderii prin procedura si sub sanctiunile aplicate faptei de fals in acte publice, ca nu ma aflu in una dintre situatiile prevazute la art. 19 din Legea nr. 131/2015 privind achizitiile publice.

Ma oblig, la solicitarea autoritatii/ entitatii contractante, in scopul verificarii si confirmarii declaratiei, sa prezint orice document doveditor de care dispun.

Data completarii

Ofertant **Leocons PLUS SRL**