

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către: IMSP Spitalul raional Orhei,
3505, MOLDOVA, Orhei, mun.Orhei, str. C.Negruzzi 85
(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)

Stimați domni,

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al SRL Nobil Prest", (denumirea operatorului economic) 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: 26 februarie 2026

Ofertant/candidat
SRL Nobil Prest",
(semnătura autorizată)