

## DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către I.M.S.P. SPITALUL CLINIC BALTI  
3112, MOLDOVA, mun.Bălți, mun.Bălți, Decebal nr.101  
(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)

**Stimați domni,**

1.Subsemnatul, Ermicev Alexandr În calitate de: Director  
(numele, prenumele și funcția reprezentantului operatorului economic)  
„LABROMED LABORATOR” SRL Adresa: MD 2038, Chișinău, str. Trandafirilor, 15  
Denumirea și adresa operatorului economic

declar pe propria răspundere că materialele și informațiile furnizate beneficiarului sunt corecte și înțeleg că beneficiarul are dreptul de a solicita, în scopul verificării și al confirmării informației și a documentelor care însoțesc oferta, orice informații suplimentare privind eligibilitatea noastră, precum și experiența, competența și resursele de care dispunem.

3. Prezenta declarație este valabilă până la data de 29.05.2024  
(se indică data expirării perioadei de valabilitate a ofertei)

Data completării 30.04.2024                      Cu stimă,

Semnat: \_\_\_\_\_

Nume: Ermicev Alexandr

În calitate de: Director

Ofertantul: „LABROMED LABORATOR” SRL

Adresa: MD 2038, Chișinău, str. Trandafirilor, 15