

**DECLARAȚIE  
privind valabilitatea ofertei**

**- se completează de către operatorul economic.**

Către [IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească](#) , mun.Chișinău,  
str. Constantin Virnav, 16

*(denumirea autorității contractante și adresa completă)*

**Stimați domni,**

Ne angajăm să menținem oferta valabilă, **privind achiziționarea** Formulare de evidență medicală primară (se indică obiectul achiziției) **prin procedura de achiziție** Cererea ofertelor de prețuri (bunuri) nr. [ocds-b3wdp1-MD-1675761749767](#), pentru o durată de 60 zile(șazeci zile), (durata în litere și cifre), respectiv până la data de 16/04/2023 (ziua/luna/anul), și ea va rămâne obligatorie pentru noi și poate fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate.

Data completării 12-02-2023

Cu stimă,

Ofertant/candidat  
. SRL ARTISORO  
(semnătura autorizată)