



ECHIPAMED

P L U S

Moldova, MD-2001, str. Valea Trandafirilor, 24 «B», of. 2-7
tel. +373 (22) 234-349, 234-225; fax +373 (22) 234-225
office@echipamed.com, info@echipamed.com

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către **Institutul Neurologie și Neurochirurgie „DIOMID GHERMAN”**
(2028, MOLDOVA, mun.Chișinău, str. Vladimir Korolenko nr.2)

Stimați domni,

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al **SRL ”Echipamed-Plus”**,
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 21.02.2025

Cu stimă,

Iurchevici Valeriu
Director
“ECHIPAMED-PLUS” SRL

_____ semnătura autorizată