

DECLARAȚIE

Prin prezența, **DITA ESTFARM S.R.L.**, garantează termenul de valabilitate restant (la momentul livrării) va constitui nu mai puțin de 60% din cel inițial pentru medicamentele cu o valabilitate de 2 ani și mai mult și de 80% din cel inițial pentru medicamentele cu o valabilitate până la 2 ani.

Semnat: _____

[semnătura persoanei autorizate pentru semnarea ofertei]

Nume: **Ina Staver**

În calitate de: **Farmacist-diriginte**

[funcția oficială a persoanei ce semnează formularul ofertei]

Ofertantul: **DITA ESTFARM S.R.L**



Str. Burebista, 23, MD-2032, Chișinău, Republica Moldova

tel: (373-22) 40-53-77; 40-53-80; fax: (373-22) 40-54-24

DECLARAȚIE

Produsele oferite in cadrul procedurii de achizitie sunt autorizate in Republica Moldova.

Semnat: _____

[semnătura persoanei autorizate pentru semnarea ofertei]

Nume: **Ina Staver**

În calitate de: **Farmacist-diriginte**

[funcția oficială a persoanei ce semnează formularul ofertei]

Ofertantul: **DITA ESTFARM S.R.L**