



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 **IMSP SCM Gheorghe Paladi**
(2001, MOLDOVA, mun.Chișinău, str. Melestiu, 20)

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 28.02.2025

Cu stimă,

Iurchevici Valeriu
Director
"ECHIPAMED-PLUS" SRL

_____ semnătura autorizată