

## **DECLARAȚIE** **privind perioada de garanție a lucrărilor**

Către: *Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Ialoveni”*

**Stimați domni,**

Prin prezenta, compania **ACIVALEX MED SRL** se angajează să asigure un termen de garanție de **5 ani** (Cinci ani) pentru **lucrările de reparație interioară a secției medici de familie din cadrul Centrului de Sănătate Ialoveni, amplasat or. Ialoveni, str. Alexandru cel Bun, 7**, conform procedurii de achiziție **LD ID ocds-b3wdp1-MD-1741623246657 din 08.04.2025.**

Data completării: 07.04.2025

Cu stimă,

Ofertant/candidat  
**ACIVALEX MED SRL**  
(semnătura autorizată)