

## DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Către

**IMSP Policlinica Stomatologică Republicană, mun.Chişinău, str. Vlaicu Pârcălab, nr. 17**

(denumirea autorității/entității contractante și adresa completă)

**Stimați domni,**

Subsemnatul, reprezentant împuternicit al **“ECHIPAMED-PLUS” SRL**,  
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 25.09.2023

Iurchevici Valeriu  
Director  
“ECHIPAMED-PLUS” SRL

---

(semnătura autorizată)