



Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



Anexo II - modelo "a"
DECLARAÇÃO

Declaramos que cumprimos plenamente com todas os requisitos de habilitação constantes das Condições 58 e 59 do edital do Pregão nº 9/2016-0009.

Local e data

Assinatura e carimbo
(representante legal da licitante)

AV. ALACID NUNES