



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



Anexo II - modelo "b"
DECLARAÇÃO

Declaramos, em atendimento ao previsto na Condição 58, subitem 58.1, do edital do Pregão nº 9/2016-0010, a superveniência do(s) fato(s) a seguir, o(s) qual(is) poder(ão) constituir-se em impeditivo(s) da nossa habilitação no procedimento em apreço. (declaração exigida somente em caso positivo)

etc.

Local e data.

Assinatura e carimbo
(representante legal)

Observação: emitir em papel que identifique a licitante.

AV. ALACID NUNES