|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA DE HABILIDAD PARA CONTRATAR****CON EL HOSPITAL DE "CUENCA ALTA" S.A.M.I.C. - CAÑUELAS ANEXO "F"** |
|  |
| **CUIT:** |  |
|  |
| **Razón Social o****Nombre y Apellido:** |  |
| **El que suscribe, con poder suficiente para este acto, DECLARA BAJO JURAMENTO que** |
| **la persona cuyos datos se detallan al comienzo, está habilitada para contratar con** |
| **el HOSPITAL DE "CUENCA ALTA" S.A.M.I.C. - CAÑUELAS, HASTA TANTO SE DECLARE** |
| **BAJO JURAMENTO LO CONTRARIO, en razón de cumplir con los requisitos del artículo 3°** |
| **del Reglamento del Registro de Proveedores del Hospital aprobado por Resolución N°** |
| **53/2018 de su Consejo de Administración, y que no está incursa en ninguna de las** |
| **causales establecidas en el artículo 4° de dicho Reglamento.---------------------------** |
|  |
|  |
| **Lugar y fecha:** |  |