



ЦЕНТЪР ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ
ПРОФ. Н. ШИПКОВЕНСКИ
ЛЕЧЕНИЕ, ПОДДРЕПТА, ПЕРСПЕКТИВА

1000 София, ул. "Екзарх Йосиф" № 59; тел. 02/981 6061; факс 981 8166
e-mail: cpz_ns@abv.bg; www.cpz-ns.com

Образец № 6- Декларация
за запознаване с условията на процедурата

ДЕКЛАРАЦИЯ за запознаване с условията на процедурата

Долуподписаният/-ната, в
качеството си на (управител, член на
управителен орган), съгласно (документа, от който лицето черпи съответните права
– учредителен акт, пълномощно и пр.),
на (посочете
фирмата на участника) с БУЛСТАТ/ЕИК, регистрирано в
....., със седалище и адрес на управление
.....

участник в процедура с предмет: **Избор на изпълнител за „Доставка на нетна
електрическа енергия и избор на координатор на балансираща група за
нуждите на „ЦЕНТЪР ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ ПРОФ. Н.
ШИПКОВЕНСКИ“ ЕООД“**

Декларирам:

Запознаване с условията на процедура с предмет: **Избор на
изпълнител за „Доставка на нетна електрическа енергия и избор на
координатор на балансираща група за нуждите на „ЦЕНТЪР ЗА
ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ ПРОФ. Н. ШИПКОВЕНСКИ“ ЕООД“**

Дата:.....

Декларатор:.....
/подпис и печат/