ESTADO DE SANTA CATARINA

# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OTACÍLIO COSTA

ANEXO III

**PREGÃO PRESENCIAL N.º 019/2017**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO PLENO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA) \_\_\_\_\_\_\_ CNPJ n.º \_< xxxxxxxxxxxxxx> \_\_, sediada em \_\_\_\_\_\_\_\_<ENDEREÇO COMERCIAL>\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr.(Sra.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,declaro, sob as penas da Lei n.º 10.520, de 17/07/2002, que cumpro plenamente os requisitos para sua habilitação no presente processo licitatório.

< CIDADE/ESTADO>, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura