**NOME OU LOGO DA EMPRESA**

**CNPJ**

Endereço Centro

Cascavel-PR

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023.**

**DECLARAÇÃO**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, **por intermédio de seu representante legal,** a teor do disposto no artigo 4º, VII da Lei Federal nº 10.520/2002, ter ciência de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação exigidos no processo licitatório relativo ao PREGÃO PRESENCIAL acima descrito do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ - CISOP, sob pena de responsabilização nos termos da lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Nome do representante legal da empresa solicitante)   
(Assinatura do representante legal da empresa solicitante)*