



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO I

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO PARA HABILITAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, para cumprimento do disposto no § 2º do artigo 32 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, inexistir qualquer fato impeditivo para participação neste certame. Declaro, ter interesse em atender a convocação e participar do CREDENCIAMENTO a fim de ser contratada para prestação de serviços de (fornecimento de refeições/lanches) além de conhecer e aceitar as condições de prestação dos serviços estipuladas neste presente Edital.

_____ - TO, ____ de _____ de 2021.

(Nome, R.G, Função ou Cargo
Assinatura do Representante Legal
ou do Procurador da empresa participante)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES EDITALÍCIAS

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº. _____, com sede na _____, neste ato representada pelo representante, _____, pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui, seu Procurador, o Sr. (a). _____, portador (a) da Cédula de Identidade com RG nº. _____, CPF(MF) nº. _____. **DECLARO** para os devidos fins que possuo todos os requisitos exigidos para habilitação, quanto às condições de qualificação, **DECLARO** ainda, estar ciente que a falta de atendimento a qualquer exigência para habilitação constante do Edital de Credenciamento nº. 002/2021, ensejará aplicação de penalidade a Declarante.

_____ - TO, ____ de _____ de 2021.

(Nome, R.G, Função ou Cargo
Assinatura do Representante Legal
ou do Procurador da empresa participante)