

ANEXO I – FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL OFERENTE

Quien suscribe _____ (nombre de quien firma y tiene facultades suficientes para representar a la empresa oferente acreditados en R.U.P.E.) en representación de _____ (nombre de la empresa oferente) declara bajo juramento que la oferta ingresada en línea a través del sitio web www.comprasestatales.gub.uy vincula a la empresa en todos sus términos y acepta las disposiciones del Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Abreviada Ampliada N° 3/2025 cuyo objeto es la *“Contratación del servicio de cobertura médica para la Administración Nacional de Correos”*, así como las restantes normas que rigen la contratación.

A su vez, la empresa oferente declara contar con capacidad para contratar con el Estado, no encontrándose en ninguna situación que expresamente le impida dicha contratación, conforme a lo previsto en el artículo 46 del T.O.C.A.F. y restantes normas concordantes y complementarias.

Firma/s: _____

Aclaración: _____

C.I: _____

RUT: _____

Domicilio: _____

E-mail: _____

Teléfono: _____