



COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE
C/HERMANOS FALCÓ nº 37
Telef.: (967)597515-597212-597117-597201 Fax: (967) 597202
02006 ALBACETE

SOBRE Nº 1: DOCUMENTACION PERSONAL Y SOLVENCIA

(En este sobre no debe incluirse precio o proposición económica alguna)

EXPEDIENTE

DESTINATARIO

OFERTANTE

SESCAM

Nombre o razón social:
Domicilio:
Código, Localidad y Provincia:
N.I.F:

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE
REGISTRO GENERAL DEL HOSPITAL

Tel./í í í í í í í í í í Fax/í í í í í í í í í í í í

C/HERMANOS FALCÓ S/N
02006 ALBACETE

(Nombre y firma del apoderado firmante)

CONTENIDO DE ESTE SOBRE:

- Garantía provisional
- Declaración sobre prohibiciones e incompatibilidades para contratar
- Fotocopia del Registro de contratista/declaración de vigencia
- Fotocopia del DNI del apoderado firmante.
- Escritura de constitución/modificación/adaptación de Estatutos
- Escritura de apoderamiento del firmante
- Alta y/o último recibo del Impuesto de Actividades Económicas
- Certificado de la Administración de la Seguridad Social
- Certificado de la Agencia Tributaria del Estado
- Certificación de la Hacienda Autonómica.
- Acreditación de la solvencia económica y financiera
- Acreditación de la solvencia técnica
- Declaración sobre cumplimiento del mercado CE.
- Otros

La apertura de este Sobre queda reservada a la Mesa de Contratación