|  |
| --- |
| **ACHATS CENTRAUX**  **HOTELIERS, ALIMENTAIRES**  **ET TECHNOLOGIQUES**  Hôpital Bicêtre  78, rue du Général Leclerc  94270 Le Kremlin Bicêtre  Tél. : 01 53 14 69 00  Fax : 01 53 14 69 99 |

|  |
| --- |
| *Identification du candidat* |

|  |
| --- |
| **Muriel BROSSARD-LAHMY**  Directrice  🕿 : 01.53.14.69.61  Secr : 01.53.14.69.60 |
|  |

ATTESTATION

Le …………………………………..

Je, soussigné, …………………………………….., représentant légal de la société ………………………………………………,

Candidat à l’attribution du marché issu de la consultation n°26-069 relative à l’organisation et mise en place de l’évènement APinnov pour la Direction de l’Innovation et de la Recherche Clinique de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, publiée par l’Assistance publique – hôpitaux de Paris ;

Ou

Agissant en qualité de sous-traitant de l’entreprise XXX candidat à l’attribution du marché relatif à

Déclare sur l’honneur :

* Ne pas être un ressortissant russe ou une personne physique ou morale, une entité ou un organisme établi sur le territoire russe ;
* Ne pas être détenu à plus de 50 %, et ce, de manière directe ou indirecte, par une entité établie sur le territoire russe ;
* Ne pas agir pour le compte ou sur instruction d’une entité établie sur le territoire russe ou d’une entité détenue à plus de 50 % par une entité elle-même établie sur le territoire russe ;
* Ne pas avoir recours à un ou des sous-traitant, fournisseur ou toute entité aux capacités de laquelle il est recouru pour exécuter ce marché qui se trouve dans l’un des trois cas susmentionnés, et dont le montant des prestations ou fournitures représente plus de 10 % de la valeur du marché.

Je suis par ailleurs informé(e) que l’établissement d’une fausse déclaration, incomplète ou erronée m’expose à des sanctions pénales et à la résiliation du marché dont je suis titulaire.

Date et signature de la personne habilitée