**OŚWIADCZENIE**

……….……………………………….……….……………………………….……….…………………………

*(imię i nazwisko i/lub nazwa przedsiębiorcy)*

……….……………………………….……….……………………………….……….…………………………

*(adres siedziby przedsiębiorcy)*

Oświadczam, że nie posiadam zaległości podatkowych i zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenia zdrowotne lub społeczne.

Jednocześnie informuję, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………..…………………..…….……………………………

*(miejscowość i data), (podpis osoby składającej wniosek)\*)*

Objaśnienie:

\*) Przedsiębiorca albo osoba uprawniona do reprezentowania przedsiębiorcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.