

OŚWIADCZENIE

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

.....
(adres siedziby przedsiębiorcy)

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

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

.....
(miejscowość, data, podpis osoby składającej wniosek*)

Objaśnienie:

*) Imię i nazwisko przedsiębiorcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania ze wskazaniem pełnionej przez nią funkcji.