………………………………. Miejscowość, data ………………..

……………………………….

……………………………….

Nazwa i adres Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, formalnie reprezentujący wyżej wymienionego Wnioskodawcę oświadczam, że ………………(nazwa Wnioskodawcy)…………… nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.

Podpis Kierownika Wnioskodawcy