Załącznik nr 3

……………………………………….. Dębica, dnia………………………..

Nazwisko i imię

…………………………………………………….

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**Niniejszym oświadczam, że wpłata dokonana w dniu ………………………… z mojego prywatnego rachunku**

**bankowego nr ………………………………………..……………………………………………. została dokonana w imieniu Firmy**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………..………………………………………………………..**

**I stanowi zapłatę za badania zgodnie z rachunkiem wystawionym dla tego Podmiotu.**

 …………………………………………………….

 Podpis