

....., dnia

.....

.....

(imię i nazwisko lub nazwa przedsiębiorcy)

.....

.....

(adres siedziby przedsiębiorcy)

NIP:

(numer NIP)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1) nie posiadam zaległości podatkowych;

2) nie posiadam zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego o świadczenia.*

.....

(miejscowość i data oraz podpis osoby składającej wniosek: przedsiębiorca/pełnomocnik)

* klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań