…................................., dnia …................... 20...... r.

......................................................................

*(Imię i nazwisko lub nazwa przedsiębiorcy)*

.....................................................................

*(Adres przedsiębiorcy)*

.....................................................................

*(Numer Identyfikacji Podatkowej)*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że nie posiadam:

* zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne,
* zaległości podatkowych.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………. (czytelny podpis)