

.....
(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba
lub adres podmiotu prowadzącego).

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE
O NIEZALEGANIU W REGULOWANIU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA
SPOŁECZNE, ZDROWOTNE, FP I FGŚP

Oświadczamy, że placówka
.....
nie zalega w regulowaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP.

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

*Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.*