

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
.....
(nazwa i adres organizacji)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że organizacja/podmiot którą reprezentuję nie zalega z płatnościami wobec organów podatkowych i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis oświadczającego)