

.....
(imię i nazwisko/nazwa firmy)

.....
.....
(adres)

.....
(NIP)

O Ś W I A D C Z E N I E
O NIEOTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS

Oświadczam, iż w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe **nie otrzymałem** pomocy de minimis.

Legnickie Pole, dnia.....

.....
(podpis osoby uprawnionej)