

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko, pełna nazwa)

.....
(adres)

.....
(NIP)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe wartość otrzymanej pomocy publicznej nie przekroczyła kwoty będącej równowartością 15 tys. euro.

.....
(podpis)