

Imię i Nazwisko, Nazwa Przedsiębiorstwa

Swarzędz, dnia

Adres/Telefon

NIP

**Burmistrz Miasta i Gminy Swarzędz
ul. Rynek 1
62-020 SWARZĘDZ**

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że nie posiadam zaległości podatkowych oraz zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne / społeczne*.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

* zaznaczyć właściwe