

.....
(miejscowość, data)

O ś w i a d c z e n i e

Wykonawca:

Adres:.....

.....

oświadczam, że:

nie zalegam z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne,

lub

oświadczam, że:

uzyskałem/am przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności.

.....
(pieczęć i podpis osoby
uprawnionej)