

.....
.....
*(nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba
lub adres podmiotu prowadzącego)*

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE o posiadaniu numeru identyfikacyjnego REGON i numeru identyfikacji podatkowej NIP

Oświadczam, że
.....
posiada numer identyfikacyjny **REGON**
nadany przez
oraz numer identyfikacji podatkowej **NIP**.....
nadany przez

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę)

.....
*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do
reprezentowania podmiotu)*

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba
lub adres podmiotu prowadzącego).

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

INFORMACJA O SPOSOBIE FINANSOWANIA PLACÓWKI

Oświadczamy, że placówka

.....
finansowana jest:

.....
.....
.....

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba
lub adres podmiotu prowadzącego).

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

O NIEZALEGANIU W REGULOWANIU ZOBOWIĄZAŃ PODATKOWYCH

Oświadczamy, że placówka

.....
nie zalega w regulowaniu zobowiązań podatkowych.

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba
lub adres podmiotu prowadzącego).

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

O NIEZALEGANIU W REGULOWANIU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, ZDROWOTNE, FP I FGŚP

Oświadczamy, że placówka

.....
nie zalega w regulowaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP.

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba
lub adres podmiotu prowadzącego).

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że nie wydano wobec podmiotu prowadzącego placówkę

.....
.....
.....
orzeczenia zakazującego wykonywania działalności objętej zezwoleniem na prowadzenie
placówki wsparcia dziennego.

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.