

Oświadczam, że:

- 1) nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne, */że uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu

.....
(data i podpis Wykonawcy)

* niepotrzebne skreślić