

.....  
(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)