

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

.....

.....

(pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

- **posiada/ nie posiada\*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- **był / nie był\*** w ciągu 3 lat od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków Fundusz stroną umowy zawartej z Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- **posiada/ nie posiada\*** zaległości wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Urzędu Skarbowego,
- **jest/ nie jest\*** pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej,
- **jest/ nie jest\*** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- **jest/ nie jest\*** płatnikiem podatku VAT, w związku z tym **dokona/ nie dokona\*** odliczenia podatku należnego o podatek naliczony w ramach realizacji projektu zawartego w umowie,
- **otrzymał/ nie otrzymał\*** na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na cele objęte umową dofinansowania i nie ubiega się odrębnymi wnioskami o dofinansowanie, lub dotację ze środków PFRON na te cele,
- **posiada/ nie posiada\*** środki finansowe na wniesienie wymaganego wkładu własnego.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 Kk o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

.....

(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić