

OŚWIADCZENIE

„Sporządzanie, dostarczanie i dystrybucję posiłków dla pacjentów hospitalizowanych w placówkach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie VI”

DIET/1/05/19

Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.*

Oświadczam, że dokonałem płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarłem wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności. *

****niepotrzebne skreślić***

....., dnia.....

.....

(Pieczęć i podpisy osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)