**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że ...........................................................................................................................

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

( pełna nazwa i adres projektodawcy)

- jest/ nie jest\* zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- posiada/ nie posiada\* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu,

- zalega/ nie zalega\* z wpłatami na rzecz PFRON,

- jest/ nie jest\* zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

………………...………………………………………………………………………………………….

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

( podstawa prawna zwolnienia z wpłat na PFRON )

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

 ( data ) (podpisy osób upoważnionych do reprezentowania projektodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że ...........................................................................................................................

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

( pełna nazwa i adres beneficjenta ostatecznego – jednostki organizacyjnej projektodawcy)

- jest/ nie jest\* zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- posiada/ nie posiada\* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu,

- zalega/ nie zalega\* z wpłatami na rzecz PFRON,

- jest/ nie jest\* zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

…………………………………………………………………………………………………...

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

( podstawa prawna zwolnienia z wpłat na PFRON )

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

 ( data ) (podpisy osób upoważnionych do reprezentowania projektodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że ...........................................................................................................................

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

( pełna nazwa i adres jednostki nadrzędnej projektodawcy)

- jest/ nie jest\* zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- posiada/ nie posiada\* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu,

- zalega/ nie zalega\* z wpłatami na rzecz PFRON,

- jest/ nie jest\* zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

…………………………………………………………………………………………………..

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

( podstawa prawna zwolnienia z wpłat na PFRON )

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

 ( data ) (podpisy osób upoważnionych do reprezentowania projektodawcy)

\* niepotrzebne skreślić