

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)
.....
(nazwa Zamawiającego)
.....
(adres siedziby Wykonawcy)
Nr wpisy do Krajowego Rejestru Sądowego.....
Nr NIP.....
NR telefonu:.....
Nr faksu:.....

OŚWIADCZENIE

W imieniu reprezentowanej przeze mnie (nas) firmy oświadczam/y, że Wykonawca nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz oświadczam/y, że Wykonawca nie zalega w opłacaniu podatków.

Miejsce i data

Podpisano.....
(upoważniony przedstawiciel)