

OŚWIADCZENIE

**o niekorzystaniu z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się
do objęcia pomocą**

Ja niżej podpisany/a:

.....

(imię i nazwisko)

uprawniony/a do reprezentowania firmy

.....

.....

(nazwa i adres firmy)

legitymujący/a się dowodem osobistym

.....

(seria i numer)

wydanym przez

.....

Oświadczam

że nie otrzymałem / firma, którą reprezentuję nie otrzymała pomocy innej niż pomoc de minimis na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których udzielana jest pomoc de minimis zgodnie z Uchwałą Rady Gminy Kobylnica Nr z dnia

.....

(podpis)