Załącznik Nr 3 do uchwały Nr IV/39/2024
Rady Gminy Kobylnica z dnia 27 czerwca 2024 r.

# **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)