

.....
(pieczęć samorządu powiatowego)

pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu
- wypełnia PFRON

OŚWIADCZENIE

Samorząd Powiatu z siedzibą
(nazwa)

W:
(miejscowość)

.....
(dokładny adres, nr kodu)

reprezentowany przez:

1)..... -
(nazwisko, imię) (funkcja)

2)..... -
(nazwisko, imię) (funkcja)

Działając w imieniu Samorządu Powiatu:

wyrażam/my gotowość realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

.....,
(miejscowość i data)

.....
(podpisy i pieczętki imienne osób statutowo
uprawnionych do reprezentowania Samorządu Powiatu
i zaciągania zobowiązań finansowych)

Nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, wskazanej do realizacji programu

Pełna nazwa:			
.....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu	Nr fax	adres http://www	e-mail

Oświadczenia samorządu powiatowego:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na opublikowanie informacji o zamiarze przystąpienia samorządu powiatowego do realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

Oświadczam, że na dzień sporządzenia Oświadczenia reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego i wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

Uwaga!

Podanie przez Jednostkę samorządu informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Oświadczenie z dalszego rozpatrywania.

.....,
(miejscowość i data)

.....
(podpisy i pieczętki imienne osób statutowo
uprawnionych do reprezentowania Samorządu Powiatu
i zaciągania zobowiązań finansowych)