

**Oświadczenie dotyczące kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą
na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.**

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że
pełna nazwa Beneficjenta

z siedzibą

nie otrzymał/....innej niż de minimis pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

.....
podpis osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Beneficjenta

.....
data i miejscowość