…………………………………………  
 miejscowość, data

……………………………………………………………  
 Nazwa przedsiębiorcy/imię i nazwisko

…………………………………………………………..  
 Adres siedziby

………………………………………………………….  
 NIP przedsiębiorcy

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, zgodnie z zawartą umową nr CAZ.I/CovWynP/20/……….. *o wypłatę dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku spadku obrotów gospodarczych w następstwie wystąpienia COVID-19,* iż wynagrodzenia pracowników objętych dofinansowaniem za miesiąc…………………………… są zgodne z dołączonymi załącznikami nr 1 (kalkulator za jeden miesiąc) oraz nr 2.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………

podpis przedsiębiorcy