

**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