



Załącznik 6 Oświadczenie o nieotrzymaniu innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym nr

wydanym przez

Oświadczam

że nie otrzymałem/am innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych lub tego samego projektu, na realizację którego jest udzielana pomoc de minimis w ramach projektu „Masz pomysł – masz firmę V”.

.....
(czytelny podpis)

.....
(miejsowość, data)