



Załącznik 15. do Regulaminu przyznawania wsparcia

## Zobowiązania/Oświadczenia Beneficjenta pomocy

Ja, niżej podpisany/-a .....  
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zameldowany/-a.....  
.....  
(adres stałego zameldowania odpowiednio zgodnie z dowodem osobistym:  
kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

Telefon kontaktowy .....

Nr PESEL.....

## Zobowiązanie dotyczące podatku VAT

Zobowiązuję się do przeznaczenia całej kwoty środków uzyskanych w wyniku zwrotu zapłaconego podatku VAT z pozycji zakupionych ze środków dotacji, na pokrycie wydatków związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą (dotyczy Beneficjentów pomocy, zarejestrowanych jako płatnicy VAT)<sup>1</sup>.

Tak                       Nie                       Nie dotyczy

Zobowiązuję się do przeznaczenia całej kwoty środków uzyskanych w wyniku zwrotu zapłaconego podatku VAT z pozycji zakupionych ze środków otrzymanych w ramach wsparcia pomostowego kapitałowego, na pokrycie wydatków związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą (dotyczy Beneficjentów pomocy, zarejestrowanych jako płatnicy VAT)<sup>2</sup>.

Tak                       Nie                       Nie dotyczy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Beneficjenta pomocy

<sup>1</sup> Proszę zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi

<sup>2</sup> Proszę zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi



## Zobowiązanie dotyczące składki KRUS

Zobowiązuję się do pokrycia ze wsparcia pomostowego składki KRUS wyłącznie w kwocie proporcjonalnej do wysokości podwyższonego wymiaru składki wynikającego z prowadzonej działalności gospodarczej<sup>3</sup>.

Tak

Nie

Nie dotyczy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Beneficjenta pomocy

## Oświadczenie osoby niepełnosprawnej

Oświadczam, że nie będę korzystać równoległe z dwóch różnych źródeł finansowania na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanego z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe<sup>4</sup>.

Tak

Nie

Nie dotyczy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Beneficjenta pomocy

<sup>3</sup> Proszę zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi

<sup>4</sup> Proszę zaznaczyć x przy właściwej odpowiedzi