Wągrowiec, dnia……………………….

**Starostwo Powiatowe
w Wągrowcu**

**Wydział Spraw Obywatelskich
i Zdrowia**

**ul. Kościuszki 15**

**62-100 Wągrowiec**

**OŚWIADCZENIE**

Reprezentując……………………………………………………………………………………

(pełna nazwa stowarzyszenia/fundacji)

**oświadczamy, że**

**• nasza Organizacja nie przyjmuje / przyjmuje\* płatności w gotówce o wartości równej lub przekraczającej 10.000 EURO, również w drodze więcej niż jednej operacji.**

**• nasza Organizacja nie prowadzi / prowadzi\* działalności/ć w zakresie gier losowych, przez którą rozumie się m.in. loterie fantowe.**

Ponadto zobowiązujemy się do niezwłocznego poinformowania Wydziału Spraw Obywatelskich i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Wągrowcu, o fakcie zaistnienia takiej sytuacji.

…………………………………………………………………………………………………...(podpis/podpisy osoby/osób upoważnionych do działania w imieniu organizacji w sprawach majątkowych)

\*niepotrzebne skreślić