(pełna nazwa organizacji zgodna z właściwym rejestrem)

Wągrowiec, ……2019 r.

Starostwo Powiatowe
Wydział Spraw Obywatelskich i Zdrowia
ul. Kościuszki 15
62-100 Wągrowiec

OŚWIADCZENIE

W odpowiedzi na Państwa pismo o znaku OZ.510.1.2019.OZ2 z dnia 28 stycznia 2019 roku, **oświadczamy, że:**

- nasza Organizacja nie przyjmuje/przyjmuje* lub nie dokonuje/dokonuje płatności w gotówce o wartości równej lub przekraczającej równowartość 10 000 euro, bez względu na to, czy płatność jest przeprowadzana jako pojedyncza operacja, czy kilka operacji, które wydają się ze sobą powiązane.

Ponadto zobowiązujemy się do niezwłocznego poinformowania Wydziału Spraw Obywatelskich i Zdrowia, gdy taka operacja zaistnieje.

Z poważaniem

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

**niepotrzebne skreślić*