*Nazwa i adres wnioskodawcy*

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

W związku z realizacją projektu nr ……………………, pn.: …………………………………………… ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014 – 2020 oświadczam, co następuje:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Treść oświadczeń wnioskodawcy** |
| 1. | Dane ujęte we wniosku o dofinansowanie o sumie kontrolnej nr …………………………………………  są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym (z wyłączeniem zgłoszonych zmian)\**.* |
| 2. | Do obsługi projektu przeznaczone zostały następujące rachunki bankowe:  1) rachunek bankowy nr ……………….., prowadzony w banku ………………….. , na który Płatnik lub Instytucja Zarządzająca RPO WZ przekaże Beneficjentowi dofinansowanie w ramach refundacji poniesionych wydatków kwalifikowalnych,  2) rachunek bankowy nr …………………… , prowadzony w banku …………………. , przeznaczony wyłącznie do obsługi zaliczki, na który płatnik lub Instytucja Zarządzająca RPO WZ przekaże Beneficjentowi płatność zaliczkową. |
| 3. | Na etapie realizacji projektu wykorzystywane będą następujące formy dofinansowania:  - refundacja,  - zaliczka i refundacja \*. |
| 4. | Dokumentacja związana z realizacją projektu przechowywana jest pod adresem:  ……………………. |
| 5. | Należy wybrać odpowiednią treść oświadczenia \*:   1. *W przypadku spółki cywilnej:*   Wnioskodawca (spółka) oraz wszyscy wspólnicy spółki posiadają / nie posiadają\* zaległych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego. \*\*   1. *W przypadku pozostałych podmiotów:*   Wnioskodawca/partner posiada/nie posiada\* zaległych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego.\*\* |
| 6. | *Należy wybrać odpowiednią treść oświadczenia* \*:   1. *W przypadku spółki cywilnej:*   Wnioskodawca (spółka) oraz wszyscy wspólnicy spółki posiadają/nie posiadają\* zaległości w opłacaniu składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.\*\*   1. *W przypadku pozostałych podmiotów:*   Wnioskodawca/partner posiada/nie posiada\* zaległości w opłacaniu składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.\*\* |

*…………………… …………………………………………………..*

*Miejscowość i data Podpis i pieczęć imienna wnioskodawcy*

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadku zmiany stanu faktycznego wskazanego w pkt. 5 i 6 zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie Instytucję Zarządzającą RPO WZ nie później niż w dniu podpisania umowy o dofinansowanie.