*Załącznik nr 3 do karty usługi BZS.0143.2.2021*

…………………………………………………………. …….………………………

*(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba (Miejscowość i data)*

*lub adres podmiotu prowadzącego)*

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczamy, że nie wydano wobec podmiotu prowadzącego placówkę ………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………...……

orzeczenia zakazującego wykonywania działalności objętej zezwoleniem na prowadzenie placówki wsparcia dziennego.

…………………………….……………………………….. …………………....………………………………

*(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę) (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu)*

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

*Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.*

 …………………..….....................................................

 *( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)*