*(pieczęć pracodawcy*) ……………………………………

 *(miejscowość, data)*

**OŚWIADCZENIE**

**O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych podmiot:

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

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

 *(nazwa zakładu)*

reprezentowany przez:

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

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

 *(imię i nazwisko pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu )*

z siedzibą w :

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

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

 *(adres podmiotu )*

**otrzymał pomoc de minimis o łącznej wysokości** …………………………………………….. zł,

(słownie: ……………………………………………………………………………………………..),

co stanowi równowartość ………………………………………. euro

słownie: ………………………………………………………………………………………………).

**UWAGA**

Za przedkładanie, w celu pozyskania środków pieniężnych, podrobionych, przerobionych, poświadczających nieprawdę albo nierzetelnych dokumentów, osoba składająca oświadczenie może być pociągnięta do odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297. § 1 oraz karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

W przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy de minimis,
o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 743 ), Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, może, w drodze decyzji, nałożyć na podmiot lub osobę karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 EURO, zgodnie z art. 44 ust. 1 tejże ustawy.

 ………………………………………….

 *(podpis i pieczęć osoby*

 *upoważnionej do złożenia oświadczenia)*

WYKAZ OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu udzielającego****pomocy de minimis** | **Dzień (data) udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy****w zł** | **Wartość pomocy****w euro** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA WYKAZU:**

.................................. ............................................... ................ ........................................

 (imię i nazwisko) (stanowisko służbowe) (data ) (podpis wraz z pieczątką)