

**Dane składającego oświadczenie:**

.....GMINA WOJKOWICE.....  
.....ul. Jana III Sobieskiego 290a.....  
.....42-580 WOJKOWICE.....  
.....  
.....

**O Ś W I A D C Z E N I E**  
**O BRAKU ZALEGŁOŚCI W PŁACENIU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE**  
**ZDROWOTNE I SPOŁECZNE**

Oświadczam, że Gmina Wojkowice:

- 1) nie posiada zaległości w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne według stanu na dzień 16-10-2019 r.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

BURMISTRZ

*mgr Tomasz Szczerba*

\_\_\_\_\_  
Tomasz Szczerba  
Burmistrz Miasta Wojkowice

SKARBNIK

*mgr Marek Skrobek*