……………………………. ………………, dnia ……........... r. (Nazwa organizacji/pieczęć)

Starostwo Powiatowe we Włodawie
Wydział Edukacji i Polityki Społecznej

Al. J. Piłsudskiego 24
22 – 200 Włodawa

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam(y) w imieniu …………………………………………………………..., że nasza Organizacja nie przyjmuje/przyjmuje\* płatności w gotówce o wartości równej
lub przekraczającej 10.000 EURO, również w drodze więcej niż jednej operacji.

Ponadto zobowiązujemy się do niezwłocznego poinformowania Wydziału Edukacji
i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego we Włodawie, gdy taka operacja
lub działalność zaistnieje.

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