

Nazwa przedsiębiorcy	0
Adres siedziby	0
NIP	0
Telefon	0
Adres e-mail	0

Pomoc COVID		
miesiąc		2021 r.
Lp.	Rodzaj pomocy	Wartość pomocy
RAZEM:		0,00 zł

Ja niżej podpisana /y oświadczam, że otrzymałam /em wyżej wymienioną pomoc w ramach tarcz antykrzysowych.

.....  
(podpis i pieczęć)