Imię i Nazwisko/nazwa………….. Kalwaria Zebrzydowska dnia……………………….

………………………………

Adres…………………………………

………………………………………..

PESEL:…………………………..

NIP…………………………………

Nr gospodarstw rolnego…………………..

**OŚWIADCZENIE**

**Uzupełnienie wniosku o zwrot podatku akcyzowego (pomoc inna niż de minimis)**

Pouczony o odpowiedzialności karnej skarbowej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art.56 ustawy z dnia 10 września 1999 roku Kodeks karny skarbowy (Dz. U z 2019 poz.1950 t.j ) z oświadczam co następujące:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) Forma prawna beneficjenta pomocy1) | | | | | |
|  |  | Przedsiębiorstwo państwowe | | | |
|  |
|  |  | Jednoosobowa spółka Skarbu Państwa | | | |
|  |
|  |  | Jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 712 t.j) | | | |
|  |
|  |  | Spółka akcyjna lub spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r., poz. 369 t.j.) | | | |
|  |
|  |  | Jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869 t.j) | | | |
|  |
|  |  | Inna – beneficjent pomocy nienależący do kategorii określonych powyżej – (podać jaka) | | | |
|  |  |  | | | |
| 2) wskazanie kategorii przedsiębiorstwa, przy którego użyciu beneficjent pomocy wykonuje działalność w rozumieniu załacznik | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
| 3) PESEL/NIP | | | | |  |
| 4) identyfikator jednostki samorządu terytorialnego | | | | |  |

**……………………………………… podpis**