

Załącznik nr ... do wniosku o kredyt/* nr/**

SZPITAL POWIATOWY

w Sławnie

76-100 Sławno, ul. J. Piłki Ulanów 9

tel. 59 810 30 31, fax 59 810 24 23

NIP 499-03-67-137

REGON: 331308664-00024

(pełna nazwa/imię i nazwisko Wnioskodawcy,
adres, REGON, NIP)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/*my/*, że stan prawny oraz dane i informacje zawarte w:

- 1..Zaświadczeniu o numerze identyfikacyjnym REGON z dnia 22.05.2012, wydanym przez
URZĄD STATYSTYCZNY W SZCZECINIE.....*
- 2..Decyzji w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej (NIP) z dnia
02.04.2002....., wydanej przez II URZĄD SKARBOWY KOSZALIN.....*
- 3..~~Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),*~~
- 4..Statucie SZPITALA POWIATOWEGO/**, z dnia 31.01.2006....., wraz z następującymi
zmianami*,
- 5..Umowie spółki/**, z dnia , wraz z następującymi
zmianami NIE DOTYCZY.....*,
- 6..Następujących koncesjach/zezwoleń KSIĘGA REJESTROWA WOJEWODY...
ZACHODNIOPOMORSKIEGO.....*

nie uległy zmianie, są nadal aktualne i zgodne ze stanem faktycznym na dzień
18.11.2013 R.

Wiarygodność powyższych danych oraz ich zgodność ze stanem faktycznym i prawnym
potwierdzam własnoręcznym podpisem.

SŁAWNO....., dnia 18.11.2013.....

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego
w Sławnie
Michał
(pieczęć i podpisy osób upoważnionych)

/*niepotrzebne skreślić

**podać pełną nazwę

***wypełnia Bank