Załącznik 15 Oświadczenie o nieotrzymaniu innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/a ……………………

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a………………………..........

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym nr .........................................................................

wydanym przez

**Oświadczam**

że nie otrzymałem/am innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych lub tego samego projektu, na realizację którego jest udzielana pomoc de minimis w ramach projektu „Masz pomysł – masz firmę III”.

……………………………………..… …………………………...….

(miejscowość, data) (czytelny podpis)