Końskie, dnia ……

……..

…….…….

……...

(nazwa i adres firmy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że numer rachunku bankowego wskazany na fakturach wystawianych w związku z realizacją umowy zawartej z Powiatem Koneckim reprezentowanym przez mgr Beatę Salatę – Dyrektora II Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Sportowa 9, 26-200 Końskie z dnia ……... jest numerem właściwym dla dokonania rozliczeń na zasadach podzielonej płatności (split payment),zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (Dz.U.2024.poz.361ze zm.).

……
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania