Załącznik nr 11 do swz p.n. Pełnienie funkcji Inspektora Nadzoru dla zadań realizowanych przez Gminę Stargard .

Stargard, dnia………….

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

Nazwa i adres wykonawcy, NIP, Regon

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że numer rachunku bankowego wskazany na fakturach wystawionych w związku z realizacją umowy zawartej z Gminą Stargard nr………………. z dnia…………………. jest numerem właściwym dla rozliczeń na zasadach mechanizmu podzielonej płatności (split payment), zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2020 r. poz. 106).