

Nyilatkozat összeférhetlenség és érintettség fennállásáról

Szervezet neve:

Címe:

Adószáma:

Képviselő neve.

Elérhetőség (telefonszám, fax):

Kijelentem, hogy személyemmel, illetve az általam képviselt szervezettel szemben az alábbiak szerinti összeférhetlenség vagy érintettség

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

nem áll fenn:

fennáll a(z)pont alapján

- a) az eljárásban vagy a támogatási kérelem elbírálásában döntés-előkészítőként közreműködő vagy döntéshozó,
- b) az a) pont alá tartozó személy közeli hozzátartozója,
- c) az a-b) pont alá tartozó személy tulajdonában álló gazdasági társaság,
- d) olyan civil szervezet, amelynek a)-b) pont alá tartozó személy vezető tisztségviselője, a civil szervezet kezelő szervének, szervezetének tagja, tisztségviselője, a civil szervezet ügyintézője vagy képviseleti szervének tagja.

Az összeférhetlenség vagy érintettség alapjául szolgáló körülmény leírása:

.....

.....

.....

.....

Az összeférhetlenség vagy érintettség megszüntetésére az alábbiak szerint intézkedtem:

.....

.....

.....

.....

Kelt,

szervezet cégszerű aláírása