



Payments Solution Sp. z o.o.  
ul. Słoneczna 4 06-212 Krasnosielc  
NIP 7571485069, REGON 369120445  
KRS 0000711723 XII Wydział w Białymstoku

## OŚWIADCZENIE RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO O WYRAŻENIU ZGODY NA PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI NIEREJESTROWANEJ PRZEZ NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego.

*(niepotrzebne skreślić)*

Ja, niżej podpisany(a) ..... identyfikujący(a) się

*(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)*

numerem PESEL / numerem paszportu ....., zamieszkały(a) w

..... oświadczam, że wyrażam zgodę

*(adres zamieszkania)*

na prowadzenie działalności nierejestrowanej przez moje dziecko

....., urodzone .....,

*(imię i nazwisko dziecka)*

*(data urodzenia dziecka)*

zamieszkałe w .....

*(adres zamieszkania dziecka)*

Rodzaj prowadzonej działalności nierejestrowanej przez dziecko

.....  
.....

*(opis prowadzonej działalności)*

Adres prowadzenia działalności (jeśli inny niż adres zamieszkania)

.....

Potwierdzam, że prowadzenie wyżej wymienionej działalności przez moje dziecko nie jest sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

.....

*(Miejscowość, data)*

.....

*(Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)*