*الرجاء تعبئة الأقسام بالأصفر بالمعلومات المطلوبة*

بالنيابة عن مؤسسة (اسم المؤسسة الرسمي- رقم التسجيل-عنوان المؤسسة) ، أنا ( الاسم الأول و الثاني و المسمى الوظيفي) أقرا بأنه

* المؤسسة قد اتمت التزاماتها المتعلقة بدفعات الضمان الاجتماعي أو دفعات الضرائب وفقاً للقوانين في قطاع غزة
* المؤسسة لديها اعفاء ضريبي كامل بسبب ( الرجاء توضيح السبب الذي جعل المؤسسة معفاة من الضرائب قانونياً

الناريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الاسم\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المسمى الوظيفي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الختم (ان توفر) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_