



Dispositif de soutien financier aux commerces indépendants et aux professionnels de santé libéraux implantés sur le Territoire de Grand Paris Seine Ouest

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e)

M ou Mme

Prénom :

Nom :

Responsable légal du commerce/local intitulé (raison sociale ou nom d'exercice) :

Adresse du local : (n°, rue, ville, code postal) :

Type de commerce/local :

SIRET :

Déclare sur l'honneur :

- Respecter les conditions d'éligibilité du Fonds
- Ne pas avoir été déjà remboursé pour les mêmes dépenses par une autre structure

Fait le (date) :

A (lieu) :

Pour valoir ce que de droit.

Signature