**Ձև N 3**

**Հ Ա Յ Տ Ա Ր Ա Ր Ո Ւ Թ Յ ՈՒ Ն**

Կազմակերպության անվանումը (անհատ ձեռնարկատիրոջ կամ ֆիզիկական անձի անունը, ազգանունը, հայրանունը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, պետական գրանցման (հաշվառման) համարը (ֆիզիկական անձի դեպքում չի լրացվում)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հայտարարում եմ, որ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Հայաստանի Հանրապետության

|  |  |
| --- | --- |
|  | (վարորդի անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիան) |

 քրեական օրենսգրքի 342-րդ, 343-րդ, 538-րդ հոդվածներով սահմանված արարքների համար դատապարտված չեմ կամ դատապարտված լինելու դեպքում ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով դատվածությունս հանված կամ մարված է, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2020 թվականի մարտի 26-ի N 383-Ն որոշման N 2 հավելվածի 1-ին ցանկով հաստատված հիվանդություններով չեմ տառապում:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (անունը, ազգանունը) |  | (ստորագրությունը) |

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20  թ.

 (ամիսը, ամսաթիվը)