**OŚWIADCZENIE PODATKOWO-SKŁADKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko | Imię (imiona) |
|  |  |
| Imię matki | Imię ojca | Obywatelstwo |
|  |  |  |
| PESEL | Data urodzenia | Miejsce urodzenia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce zamieszkania** |
| Województwo | Miejscowość | Gmina |
|  |  |  |
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Kod | Poczta |
|  |  |  |  |  |
| Nazwa i adres Urzędu Skarbowego |
|  |
| Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (Kasa Chorych) |
|  |
| **Proszę zaznaczyć poniżej właściwy wybór** |
| Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze | TAK | NIE |
| Moje dochody miesięczne z tytułu umowy o pracę przekraczają kwotę minimalnego wynagrodzenia | TAK | NIE |
| Jestem zatrudniony na umowę zlecenie, od której są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne | TAK | NIE |
| Prowadzę działalność gospodarczą | TAK | NIE |
| Jestem studentem w wieku do 26-go roku życia  | TAK | NIE |
| Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym | TAK | NIE |
| Proszę o przesłanie moich należności na konto nr |  |
| W banku |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

.............................................. ………………………….
Miejscowość, dnia Podpis stażysty