



OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami.

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Adres zameldowania	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nr PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Nazwa zakładu pracy	<input type="text"/>		
Adres zakładu pracy	<input type="text"/>		
Telefon zakładu pracy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Imię i nazwisko osoby mogącej potwierdzić dane zawarte w oświadczeniu	<input type="text"/>		
Data zawarcia umowy o pracę	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Stanowisko	<input type="text"/>
Rodzaj umowy	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	<input type="checkbox"/> na czas określony	do kiedy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wysokość miesięcznego wynagrodzenia netto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł		
Słownie złotych	<input type="text"/>		
Stałe obciążenie wynagrodzenia	<input type="checkbox"/> nie występuje	<input type="checkbox"/> występuje	Miesięczna wysokość obciążenia <input type="text"/>
Tytuł obciążenia	<input type="text"/>		
Znajduję się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Zakład pracy znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Podpis Klienta / Pełnomocnika	<input type="text"/>		
	Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		