..............................................................

 Pieczęć zakładu pracy

 ..........................................................................

Miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Pan/i/........................................................................zamieszkały/a/.................…....................................................................................

jest zatrudniony/a/ w..........................................................od dnia...............................na czas................................................

i uzyskał/a/ w miesiącu .........................wynagrodzenie brutto............................................................................................................

słownie......................................................................................................................................................................................................

z powyższego wynagrodzenia potrącono składkę na:

-ubezpieczenie emerytalne w kwocie ...............................................................................................................................................................................

-ubezpieczenie rentowe w kwocie ..........................................................................................................................................................

-ubezpieczenie zdrowotne w kwocie .............................................................................................................................

-ubezpieczenie chorobowe w kwocie ......................................................................................................................

-zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych w kwocie..........................................................................................................

-koszty uzyskania przychodu................................................................................................................................................................

W ciągu ostatnich 12 miesięcy wypłacono\*/nie wypłacono jednorazowe świadczenie:

w kwocie netto......................................................z tytułu..................................................................................................................................................................

 ..................................................................

*“niepotrzebne skreślić* pieczątka i podpis osoby upoważnionej