

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Zaświadcza się, że Pan(i)
(imię i nazwisko)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały(a)

Jest zatrudniony(a) w
(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawie w okresie
(podać rodzaj umowy) (podać okres zatrudnienia)

Wynagrodzenie za miesiąc

Data wypłaty powyższego wynagrodzenia (dd-mm-rrrr)

1. Przychód

2. Koszt uzyskania przychodu

3. Należny podatek od osób fizycznych
(zaliczka na podatek)

4. Składki na ubezpieczenie społeczne
(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów)

5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne

6. Dochód uzyskany
pk1-(pkt 2+pkt 3+pkt 4+pkt 5)

Powyższy przychód pomniejszony został o kwotę z tyt. alimentów *)

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

.....
podpis i pieczęć gł. Księgowego lub
osoby upoważnionej do wystawiania zaświadczenia

*) wypełnić jeżeli dotyczy