…………………………… ………………………………

 (Pieczęć Zakładu Pracy) (Miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

**za miesiąc …………………………………..**

Pan(i) ………………………………..………… Pesel…………………………………………

 (imię i nazwisko)

zam. ……………………………………………………………………………………………..

 (adres)

jest zatrudniony(a) ………………………………………………………………………………

 (adres zakładu pracy)

na czas określony/nieokreślony od dnia ……………………….. do dnia ……………………..

1. Przychód ………………………………..
2. Miesięczne obciążenie podatkiem

dochodowym od osób fizycznych …………………………………

1. Koszty uzyskania przychodu …………………………………
2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne określone

w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych …………………………………

1. Składki na ubezpieczenie społeczne

określone w odrębnych przepisach ………………………………….

**DOCHÓD NETTO (1-2-3-4-5) ……………………………………**

…………………………….

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)