DANE PERSONALNE PRACOWNIKA

Nazwisko _____

Imiona _____

Imię ojca _____

Imię matki _____

Data urodzenia _____

Miejsce urodzenia _____

Nr PESEL _____

Numer identyfikacji podatkowej
NIP _____

Miejsce zamieszkania
Gmina / Dzielnica _____

Ulica _____ **Nr** ____ **m.** ____

Kod __-___ **Miejscowość** _____

Urząd skarbowy (właściwy w sprawie podatku dochodowego pracownika)

Ulica _____ **Nr** ____

Kod __-___ **Miejscowość** _____

Bank _____ **Nr** _____

Zatrudniony od: _____

Zwolniony: _____

Karta za rok: _____

Zgodnie ze złożonym pisemnym oświadczeniem pracownika, zakład pracy został wskazany jako właściwy do:

odliczania kosztów uzyskania przychodów ze stosunku pracy w kwocie _____ **zł. miesięcznie,** ____
pomniejszenia zaliczki na podatek dochodowy o kwotę _____ **zł. miesięcznie,** ____

dokonania rocznego obliczenia podatku dochodowego ____

PRZYCHÓD						**ODLICZENIA OD**			
Miesiąc	**Data wypłaty** (dzień miesiąca)	**PRZYCHÓD** (wynagrodzenie brutto)				**Koszty uzyskania przychodu**		**Składki**	
		w gotówce		w naturze				**ubezpieczenie emerytalne**	
		zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr
-1-	-2-	-3-		-4-		-5-		-6-	
I									
II									
III									
IV									
V									
VI									
VII									
VIII									
IX									
X									
XI									
XII									
RAZEM:									

WZÓR

PRZYCHODU ubezpieczeń społecznych				DOCHÓD w danym miesiącu		DOCHÓD razem narastająco od początku roku		Potrącona zaliczka na podatek dochodowy		SKŁADKA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO				Należna zaliczka na podatek dochodowy		Data przekazania zaliczki do urzędu skarbowego
ubezpieczenie rentowe		ubezpieczenie chorobowe								Potrącona		Podlegająca odliczeniu od podatku				
zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	
-7-		-8-		-9-		-10-		-11-		-12-		-13-		-14-		-15-

WZÓR