

Zaświadczenie o zarobkach

prosimy o czytelne wypełnienie

Stempel firmowy

zakładu pracy:

NIP (jeżeli brak na pieczęci)

Stacjonarny numer

telefonu do zakładu pracy:

Data (dd-mm-rrrr) i miejsce wystawienia

REGON (jeżeli brak na pieczęci)

| | |
|-----------------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| Nr PESEL | |
| Obecne zajmowane stanowisko | |

UMOWA O PRACĘ / KONTRAKT / POWOŁANIE/MIANOWANIE

Data pierwszego zatrudnienia : - -
u obecnego Pracodawcy

Pracownik zatrudniony jest na podstawie:

- Umowy o pracę na czas nieokreślony od dnia:r.
- Umowy o pracę na czas określony od dnia:r. do dnia:r.
- Kontraktu Mianowania / powołania od dnia:r. do dnia:r.

| | Umowa o pracę na czas określony/ nieokreślony/kontrakt/mianowanie/powołanie | Waluta uzyskiwanego dochodu |
|---|--|--------------------------------|
| Średnie miesięczne wynagrodzenie netto z ostatnich 3-ch miesięcy (z uwzględnieniem premii cyklicznych i innych dodatków stałych) | | |
| Diety (dotyczy kierowców zawodowych) (średniomiesięczny wpływ netto z ostatnich 3-ch miesięcy) | | |

Sposób wypłaty wynagrodzenia: gotówka na konto

Ostatnia zmiana wynagrodzenia zasadniczego w okresie **ostatnich 12 miesięcy** miała miejsce w dniu:r.

Wysokość **netto** wypłaconej w okresie ostatnich 12 miesięcy **rocznej/ półrocznej**: premii, nagrody, „13”pensji, „14”pensji, inne

| | Kwota: | Data wypłaty: |
|------------------------|--------|---------------|
| 1. Rodzaj świadczenia: | | |
| 2. Rodzaj świadczenia: | | |

PRACOWNIK:

| | |
|--|--|
| znajduje się w okresie wypowiedzenia? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK | korzystał w ostatnich 3 miesiącach z (właściwie zakreślić): urlopu rodzicielskiego, macierzyńskiego / wychowawczego / zwolnienia lekarskiego powyżej 30 dni <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - jeżeli TAK - proszę podać okres od – do |
| Czy aktualnie dochody obciążone są z tytułu wyroków sądowych lub tyt. egzekucyjnych (w tym alimentów)? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK | - jeżeli TAK, proszę uzupełnić z jakiego są tytułu/w jakiej wysokości:/ PLN |
| Czy występują stałe potrącenia dochodu (miesięczne, kwartalne, itp.)? polisy, abonament medyczny, inne (!) bez pożyczki z ZFŚS <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK | - jeżeli TAK, proszę uzupełnić z jakiego są tytułu/w jakiej wysokości: / PLN |
| Czy występują potrącenia dochodu z tytułu pożyczki z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK | - jeżeli TAK, proszę uzupełnić: datę przyznania / spłaty:r. -r. miesięczna kwota do spłaty PLN |

ZAKŁAD PRACY:

| |
|--|
| Czy zakład pracy: ZNAJDUJE SIĘ w upadłości, w likwidacji, w okresie postępowania naprawczego: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, znajduje się w |
|--|

ZAKŁAD PRACY – podpis(-y); pieczętka osoby/osób upoważnionej(-ych) :

Podpis / pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę do wystawiania zaświadczeń o zatrudnieniu i zarobkach

Podpis / pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę do potwierdzania danych o zatrudnieniu i zarobkach