

## OŚWIADCZENIE

### WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

.....  
(nazwisko i imię)

#### Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że (właściwe zakreślić):

- jestem osobą pobierającą emeryturę / rentę, a KOLPREM Sp. z o. o. był moim ostatnim miejscem zatrudnienia przed przejściem na wyżej wymienione rodzaje świadczeń i po rozwiązaniu stosunku pracy ze Spółką:
  - nie podjąłem/am zatrudnienia w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy.
  - podjąłem/am zatrudnienia w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy, ale obecnie już nie pracuję.
  - jestem zatrudniony/a w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy, u którego nie funkcjonuje ZFŚS (wymagane zaświadczenie wydane przez tego pracodawcę).
  
- jestem osobą, której Zakładowa Komisja Świadczeń Socjalnych, przyznała prawo do korzystania ze środków Funduszu i nie jestem osobą objętą ZFŚS w innym podmiocie gospodarczym (wymagane zaświadczenie) oraz wypełnione oświadczenie (informacja końcowa do rozliczenia zaliczki na podatek dochodowy zał. do PIT 8C).

Załączam dokumenty szt. ....

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

---