

OŚWIADCZENIE
- Informacja końcowa do rozliczenia zaliczki na podatek dochodowy

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA - osoba, której Zakładowa Komisja Świadczeń Socjalnych, przyznała prawo do korzystania ze środków Funduszu na mocy § 10 pkt. 1.

Nazwisko podatnika _____

Imiona _____

Nr PESEL _____

Miejsce zamieszkania:

Gmina _____

Ulica _____ **NR** _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Urząd skarbowy w miejscu zamieszkania:

Adres urzędu skarbowego _____

Stwierdzam, że powyższe dane podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym.
Odpowiedzialność karno-skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)
