

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE

Pan/-i
zamieszkały/-a.....
jest zatrudniony/-a w
na stanowisku

Przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu z miesiąca.....
..... wynosi wypłacony w miesiącu
..... i został pomniejszony o:

- zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych w wysokości
- składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości
- składkę na ubezpieczenie emerytalne w wysokości
- składkę na ubezpieczenie rentowe w wysokości
- składkę na ubezpieczenie chorobowe w wysokości
- alimenty w wysokości

.....
pieczęć i podpis