..……………………………….  ….…………………………………………

 /pieczęć/ /miejscowość i data/

  **ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, że Pan/ni/………………………………………………………………………………, zam. ……………………………………………..…….……….……… uzyskał /*a/*  wynagrodzenie brutto z tytułu zatrudnienia/ wynagrodzenia za czas choroby lub zasiłek chorobowy**\*** w miesiącu …………………………… 20….. roku w kwocie …………………..

Z wyżej wymienionej kwoty przypada na :

 - zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych …………………….. złotych

 - koszty uzyskania przychodu …………………….. złotych

 - składka ubezpieczenia zdrowotnego …………………….. złotych

 - składki ubezpieczenia społecznego

 /emerytalne, rentowe, chorobowe, w części

 finansowanej przez ubezpieczonego/ …………………….. złotych

 - kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób …………………….. złotych

**\*** niepotrzebne skreślić

 …………………………………………..

 /podpis i imienna pieczątka/