..……………………………….  ….…………………………………………

/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/