



Bank Polski

## ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I ZAROBKACH

Pieczęć pracodawcy	Miejscowość	Data

Nazwa pracodawcy, adres pracodawcy, telefon pracodawcy<sup>1</sup>

NIP pracodawcy<sup>1</sup>

REGON pracodawcy<sup>1</sup>

Zaświadcza się, że

imię i nazwisko

nr PESEL

legitymujący/a się dowodem osobistym/paszportem/kartą stałego pobytu<sup>2</sup> seria

nr

wydanym przez

dnia

jest zatrudniony/a na stanowisku

w pełnym wymiarze czasu pracy<sup>3</sup>

w niepełnym wymiarze czasu pracy<sup>3</sup> na

część etatu

Od dnia na podstawie<sup>3</sup>

umowy o pracę na czas nieokreślony,

umowy o pracę na czas określony, do dnia

kontraktu na czas nieokreślony,

kontraktu na czas określony, do dnia

mianowania/powołania<sup>2</sup> na czas nieokreślony

mianowania/powołania<sup>2</sup> na czas określony, do dnia

pełnienia funkcji kadencyjnych

średnie miesięczne wynagrodzenie wyżej wymienionego/nej z ostatnich pełnych 3 miesięcy

wynosi brutto (ze składkami na ubezpieczenie społeczne/bez składek ubezpieczeń społecznych<sup>4</sup>)

słownie

waluta

netto

słownie

waluta

Wynagrodzenie powyższe<sup>3</sup>:

nie jest obciążone na mocy wyroków sądowych, pożyczek pracowniczych lub innych tytułów

jest obciążone miesięczną kwotą w wysokości

z tytułu

Wyżej wymieniony/a nie jest w okresie wypowiedzenia umowy o pracę ani w okresie próbnym.

Pracodawca nie znajduje się w stanie likwidacji ani nie toczy się przeciwko niemu postępowanie upadłościowe.

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność według przepisów prawa karnego. PKO BP SA zastrzega sobie prawo do weryfikacji informacji zawartych w niniejszym zaświadczeniu przez kontakt telefoniczny pracownika PKO BP SA z pracodawcą.

Data

Pieczęć funkcyjna i podpis pracodawcy lub osoby przez nią upoważnionej<sup>5</sup>

Telefon kontaktowy do weryfikacji

Wyrażam zgodę na udostępnienie PKO BP SA informacji zawartych w formularzu oraz na pisemną lub telefoniczną ich weryfikację. Przyjmuję do wiadomości, że oświadczenie wypełnione niewłaściwie, niekompletnie lub nieczytelnie nie będzie honorowane.

Podpis Wnioskodawcy/Poręczyciela<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Wypełnić, gdy brak informacji na pieczętce

<sup>2</sup>Niewłaściwe skreślić

<sup>3</sup>Proszę zaznaczyć odpowiednią opcję

<sup>4</sup>Niewłaściwe skreślić. Opcja bez składek ubezpieczeń społecznych możliwa jest tylko dla grupy osób zwolnionych z płatności składek na ubezpieczenie społeczne

<sup>5</sup>W przypadku braku pieczęci funkcyjnej podpis powinien być czytelny

<sup>6</sup>Podpis osoby, której dotyczy zaświadczenie