

Zaświadczenie o dochodach i zatrudnieniu

Pracodawca:

Nazwa

NIP pracodawcy

Adres (ulica, nr domu, miejscowość)

Kod pocztowy

Pocztą

Nr KRS/Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Urząd prowadzący ewidencję (w przypadku wpisu do ewidencji)

zaświadcza, że:

Pani/Pan

Imię i nazwisko

numer dowodu osobistego

Data urodzenia:

PESEL:

WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UMOWY O PRACĘ LUB KONTRAKTU MENEDŻERSKIEGO

jest zatrudniona(y) u ww. pracodawcy od dnia:

na podstawie*:

umowy o pracę, zawartej:

☐ na czas nieokreślony

☐ na czas określony/na czas wykonania pracy/na zastępstwo* do dnia:

kontraktu menedżerskiego, zawartego:

☐ na czas nieokreślony

☐ na czas określony do dnia:

ze średnimi miesięcznymi dochodami netto za okres trzech ostatnich miesięcy w wysokości

zł

(słownie złotych:

)

Zajmowane stanowisko:

Dochody powyższe*:

☐ nie są obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych potrąceń (np. pożyczek socjalnych/mieszkaniowych, kas zapomogowo-pożyczkowych)

☐ są obciążone kwotą złotych

z tytułu:

Wyżej wymieniona(y)*:

☐ nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę / kontraktu menedżerskiego

☐ znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę / kontraktu menedżerskiego

Pracodawca*:

☐ nie znajduje się w stanie likwidacji, upadłości, postępowania naprawczego

☐ znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości lub postępowania naprawczego

* właściwe zakreślić

WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UMOWY ZLECENIA LUB UMOWY O DZIEŁO

współpracuje z ww. pracodawcą w formie*:

☐ umowy zlecenia, współpraca trwa nieprzerwanie od dnia:

☐ umowy o dzieło, współpraca trwa nieprzerwanie od dnia:

ze średnimi miesięcznymi dochodami netto za okres trzech ostatnich miesięcy w wysokości

zł

(słownie złotych:

)

Pracodawca*:

☐ nie znajduje się w stanie likwidacji, upadłości, postępowania naprawczego

☐ znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości lub postępowania naprawczego

* właściwe zakreślić

Data wystawienia zaświadczenia

Pieczętka pracodawcy

Pieczętka imienna (lub czytelne imię i nazwisko),
podpis i telefon służbowy osoby upoważnionej

Wyrażam zgodę na zweryfikowanie przez Bank Millennium S.A. danych zawartych w niniejszym zaświadczeniu, upoważniając jednocześnie pracodawcę do potwierdzenia danych w nim zawartych.

Data

Podpis wnioskodawcy

ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE 60 DNI OD DATY WYSTAWIENIA