



USŁUGI BANKOWE

dostarczane przez Alior Bank

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I WYSOKOŚCI UZYSKIWANYCH DOCHODÓW Z TYTUŁU UMÓW ZLECEŃ / O DZIEŁO

Wypełnia Wnioskodawca		
IMIE	NAZWISKO	PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA: ULICA, NR DOMU/NR MIESZKANIA, KOD, MIEJSCOWOŚĆ		
NAZWA ZAKŁADU PRACY	NR TELEFONU ZAKŁADU PRACY	
ADRES SIEDZIBY: ULICA, NR DOMU/NR MIESZKANIA, KOD, MIEJSCOWOŚĆ		

Wyrażam zgodę pracownikom Alior Banku S.A. na telefonicznie lub pisemne –potwierdzenie poniższych informacji pracownikowi ze Zleceniodawcą/Zamawiającym.

Data i podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Zleceniodawca/Zamawiający					
Umowa o dzieło*/zlecenie*					
Pierwsza umowa z aktualnym Zleceniodawcą/Zamawiającym (dd-mm-rrrr)			Obecne stanowisko		
Aktualna umowa zawarta od dnia (dd-mm-rrrr)			Do dnia (dd-mm-rrrr)		
Wynagrodzenie w rozbiciu na poszczególne miesiące za okres ostatnich 6 miesięcy:					
Data wypłaty wynagrodzenia	Wysokość przychodów	Wysokość kosztów	Dochód Netto		
Rodzaj składki opłacanej przez Zleceniodawcę/Zamawiającego: emerytalna*, rentowa*, chorobowa*, wypadkowa*, zdrowotna*					
Wysokość składki zapłaconej przez Zleceniodawcę/Zamawiającego za okres ostatnich 6 miesięcy:					
Data opłacenia składki	Składka emerytalna	Składka rentowa	Składka wypadkowa	Składka zdrowotna	Składka chorobowa
Wynagrodzenie nie jest/jest* obciążone			Z tytułu	kwota	

Zleceniobiorca/Wykonawca nie posiada/posiada* zobowiązania kredytowe u Zleceniodawcy/Zamawiającego**	Z tytułu	kwota
Zleceniodawca/Zamawiający nie znajduje się /znajduje się* w stanie upadłości* /likwidacji* / postępowania naprawczego*		

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Pieczęć Zleceniodawcy/Zamawiającego

Numer NIP Zleceniodawcy/Zamawiającego

Pieczęć i czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Zleceniodawcy/Zamawiającego

*Niepotrzebne skreślić

Oświadczenie Zleceniobiorcy/Wykonawcy Dzieła o naliczanych składkach za okres ostatnich 6 miesięcy:

Wypełnia Wnioskodawca			
Data opłacenia składki	Wysokość składki emerytalnej	Wysokość składki rentowej	Wysokość składki zdrowotnej

Data i podpis Wnioskodawcy