…… ……..……., dnia……
(nazwa zakładu pracy- pieczęć)

ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH

Nazwisko i imię .....……..……...…….…..

adres zamieszkania…….....

Stanowisko…….…….

Wysokość przychodu wypłaconego w miesiącu …….……wynosi: …...…...……..…

w tym potrącenia z tytułu:

- miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu	
- składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
- składki na ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach	
Wypłacony przychód we wskazanym miesiącu po dokonaniu ww. potrąceń	

……..
(podpis i pieczątka pracodawcy)