

UWAGA: Wypełniać czytelnie pismem DRUKOWANYM

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH
ORAZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
- URZĘDNIK WYBORCZY ORAZ KOMISARZ WYBORCZY**

DANE OSOBOWE												
Nazwisko:					Nazwisko rodowe:							
Imię 1:				Imię 2:								
Data urodzenia:				Nr PESEL:								
Seria i nr dokumentu tożsamości ¹⁾ : dowód – paszport *						Obywatelstwo						
Płeć: KOBIEȚA / MĘŻCZYŹNA *					Oddział NFZ ²⁾ :							
NIP (wypełnia tylko osoba prowadząca działalność gospodarczą):												
Urząd Skarbowy (nazwa i adres):												
ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU:												
Gmina:					Miejscowość:							
Ulica:					Nr domu:				Nr mieszkania:			
Kod pocztowy:					Poczta:							
Województwo:			Powiat:				Państwo i zagraniczny kod pocztowy					
ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania):												
Gmina:					Miejscowość:							
Ulica:					Nr domu:				Nr mieszkania:			
Kod pocztowy:					Poczta:							
Województwo:			Powiat:				Państwo i zagraniczny kod pocztowy					
ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania):												
Gmina:				Miejscowość:				Skrytka pocztowa				
Ulica:					Nr domu:				Nr mieszkania:			
Kod pocztowy:			Poczta:				Państwo i zagraniczny kod pocztowy					
Województwo:					Powiat:							
POZOSTAŁE INFORMACJE:												
Numer telefonu					Adres poczty elektronicznej							
JA, NIŻEJ PODPISANY/A OŚWIADCZAM, ŻE: <i>(należy wstawić znak „X” we właściwy kwadrat)</i>												
<input type="checkbox"/> Mam / <input type="checkbox"/> Nie mam ustalone prawo do emerytury. od kiedy					<input type="checkbox"/> Mam / <input type="checkbox"/> Nie mam ustalone prawo do renty. od kiedy							

