………………………………………… ………………………………………………………

(miejscowość) (dzień, miesiąc słownie, rok)

……………………………………………………………………………

(stempel firmowy zakładu pracy z nr REGON)

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania, nr telefonu |  |
| Dowód osobisty  *Seria, numer, data wydania, przez kogo wydany* |  |
| Nr PESEL |  |
| Miejsce zatrudnienia  *nazwa, adres, telefon* |  |
| Zajmowane stanowisko |  |

Zaświadcza się, że pracownik jest zatrudniony od dnia …………………………………………… na podstawie \*):

umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony,

umowy o pracę zawartej na czas określony do dnia ……………………………………………,

umowy zlecenia umowy o dzieło

**Średni miesięczny dochód netto wyliczony z ostatnich** (kwota cyfrowo i słownie):

1. miesięcy wynosi ……………………………………………………………………………………………………………………………
2. miesięcy wynosi ……………………………………………………………………………………………………………………………
3. miesięcy wynosi ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Wynagrodzenie powyższe** \*)**:**

jest przelewane na rachunek bankowy Pracownika w banku …………………………………………………………………….

nr rachunku ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
 jest wypłacane pracownikowi w formie gotówkowej

nie jest obciążone na mocy wyroków sądowych lub innych tytułów

jest obciążone na mocy ……………………………………………………………………………………………………………

(wymienić tytuł)

kwotą w wysokości …………………………………………………………………………………………………………………… zł miesięcznie.

(kwota cyfrowo i słownie)

**Składki ZUS przekazywane są na rachunek Oddziału ZUS w** ……………..………………………………………………………

**Pracownik** \*)**:** nie znajduje się znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

**Zakład pracy jest** \*): w stanie upadłości w stanie likwidacji nie jest w stanie upadłości ani likwidacji

Zakład pracy zobowiązuje się do potwierdzenia danych zawartych w niniejszym zaświadczeniu w przypadku telefonicznego zapytania pracownika Leszczyńskiego Centrum Biznesu Sp. z o.o.

........................................................................................... ..……………………………………………………………………………

(telefon kontaktowy zakładu pracy / Kierownika zakładu) (podpis i stempel imienny zakładu pracy lub osoby upoważnionej)

Wnioskodawca/Poręczyciel wyraża zgodę na telefoniczne sprawdzenie danych zawartych w niniejszym zaświadczeniu w zakładzie pracy Wnioskodawcy/Poręczyciela.

………………………………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy/Poręczyciela)

\*) zaznaczyć właściwe

**UWAGA:**

1. Zaświadczenie wypełnione niewłaściwie lub nieczytelnie nie będzie honorowane
2. Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia
3. Wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność prawną w przypadku podania danych niezgodnych z prawdą