Powiatowy Urząd Pracy w Środzie Wielkopolskiej
Centrum Aktywizacji Zawodowej
ul. Kosynierów 46, 63-000 Środa Wielkopolska
www.sroda.pup.gov.pl; e-mail: refundacje@sroda.pup.gov.pl; tel. (61) 285 80 32; fax. wew. 34; refundacje wew. 40

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY prowadzącego działalność gospodarczą o stracie / dochodach osiągniętych w 2017 roku

Ja (imię i nazwisko / nazwa firmy).....

.....

zamieszkały(a).....

.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym serii.....nr.....data wydania.....,

wydanym przez....., PESEL.....

Oświadczam, że z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opodatkowanej na zasadach.....

moje średnie miesięczne straty / dochody brutto za rok 2017

(w miesiącach od:.....**do:**.....**)**

UWAGA!!!
(wpisać miesiące od początku roku do miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna)

wyniosły:..... **zł,**

(słownie złotych.....)

Obliczenie średniego miesięcznego dochodu / straty brutto *(obliczenia od:.....do:..... 2017 r):*

1) Przychody: .....
2) Koszty: .....
3) Składki społeczne ZUS: .....
4) Dochód / Strata brutto od początku roku: .....
5) Średni miesięczny dochód / strata brutto: .....
6) Podatek dochodowy od początku roku: .....

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data, pieczątka i podpis księgowego/ej
lub osoby dokonującej rozliczenia

.....
data, pieczątka i podpis osoby reprezentującej
podmiot prowadzący działalność gospodarczą