

\_\_\_\_\_

(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć zakładu pracy)

**ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH**  
**wydane w celu ubiegania się o dodatek mieszkaniowy**

Zaświadcza się, że Pan/i \_\_\_\_\_

numer PESEL \_\_\_\_\_

zamieszkały/a \_\_\_\_\_

jest zatrudniony/a \_\_\_\_\_

(nazwa i adres zakładu pracy)

na podstawie \_\_\_\_\_ w okresie \_\_\_\_\_  
(rodzaj umowy) (okres zatrudnienia)

Dochód wypłacony w ostatnich trzech miesiącach wynosi:

| Miesiąc/Rok | Przychód | Koszt uzyskania przychodu | Należny podatek dochodowy | Składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne | <b>Dochód netto</b><br>(przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy oraz składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne) |
|-------------|----------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |          |                           |                           |                                                |                                                                                                                                                            |
|             |          |                           |                           |                                                |                                                                                                                                                            |
|             |          |                           |                           |                                                |                                                                                                                                                            |
|             |          |                           |                           | <b>RAZEM</b>                                   |                                                                                                                                                            |

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć pracodawcy)