

Wypełnić piśmem drukowanym - kolorem czarnym lub niebieskim - znakiem X zaznaczyć właściwe pole

Zaświadczenie zakładu pracy

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia

www.pocztowy.pl
informacja@pocztowy.pl
tel. 52 34 99 499
infolinia 801 100 500*



☐ WNIOSKODAWCY	
☐ PORĘCZycIELA	
Nazwa firmy	
NIP firmy	
Regon	
Telefon	
Nr EKD/PKD	(pieczętka zakładu pracy)

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/i	
Imię	
Drugie Imię	
Nazwisko	
Seria i Nr dowodu osobistego	
PESEL	

Aktualny adres zamieszkania	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	

Jest zatrudniony/a w naszym zakładzie		
od dnia:		
na stanowisku:		
na czas:	☐ nieokreślony	na okres do:
	☐ określony	

Średnie miesięczne wynagrodzenie netto z ostatnich trzech miesięcy wynosi:		zł
(słownie)		
Wynagrodzenie:	☐ nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów	
	☐ jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów kwotą	zł
Powód obciążenia:		

Wymieniona w zaświadczeniu osoba znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę	☐ Tak	☐ Nie
Zakład pracy postawiony jest w stan likwidacji, prowadzone jest postępowanie ugodowe lub upadłościowe	☐ Tak	☐ Nie

pieczętka i czytelny podpis osoby upoważnionej	Imię i Nazwisko osoby upoważnionej	
	Imię	
	Nazwisko	
	Data	
	Miejscowość	

Wyrażam zgodę na potwierdzenie i uzyskanie przez Bank Pocztowy S.A. informacji od zakładu pracy dotyczących danych zawartych w niniejszym zaświadczeniu na podstawie art. 23 ust. 1 pkt. 3 ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

podpis WNIOSKODAWCY/PORĘCZycIELA	Data	
	Miejscowość	

*) opłata za połączenie według stawek operatora