**OŚWIADCZENIE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE WSPARCIA MATERIALNEGO OIL W KRAKOWIE
DLA CELÓW EWIDENCYJNYCH, ROZLICZENIOWYCH I PODATKOWYCH (PIT 11)**

**DANE IDENTYFIKACYJNE:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwisko ……………………………………………………………… |  |
| 2. Pierwsze Imię ……………………………………………………… | 3. Data urodzenia: …………………………………………. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4. PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. Dla celów podatkowych posługuję się numerem NIP**1**:

**1 *W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, zarejestrowanych podatników VAT i płatników podatków lub składek ZUS - zgodnie z art. 3.1 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 869 ze zm.) - wpisać NIP***

**Oświadczam, że informacje zawarte w części dane osobowe są zgodne z dowodem osobistym**

**seria ...................nr ........................................ wydanym przez ..............................................................**

**ADRES ZAMIESZKANIA(do celów podatkowych)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Kraj: ……………………………………………………………3. Powiat: ………………………………………………….……5. Ulica: ………………………………….……………….………7. Miejscowość: ………………………………….……..……9. Poczta: ……………………………….……………….……… | 2. Województwo: .....................................................4. Gmina: ……………....................................................6. Nr domu/Nr lokalu: ……………………………………………8. Kod pocztowy: ………………………………….………………. |

**ADRES KORESPONDENCYJNY (wypełnić jeśli inny niż powyżej)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ulica: ............................................................... | 2. Nr domu/Nr lokalu............................................... |
| 3. Miejscowość: ..................................................... | 4. Kod pocztowy: ..................................................... |

**POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE PODATNIKA**

1. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego: (zgodny z adresem zamieszkania) ...........................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Nazwa banku: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Nr konta:
3. Nr telefonu: ............................................................. 5. Adres e-mail: ………………………..……………………………

**PODATNIK OŚWIADCZA PONADTO, ŻE:**

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się poinformować Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. W przypadku nie poinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości (należność główna wraz z odsetkami).

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych dla osób korzystających ze wsparcia materialnego OIL w Krakowie.

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

*data i czytelny podpis składającego oświadczenie*