miejscowość:………………………………... dnia:…………………..…….

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH**

|  |
| --- |
| ***PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI:*** |
| **DANE OSOBOWE OSOBY, KTÓRA OTRZYMAŁA STYPENDIUM** **(dotyczy osób pełnoletnich i niepełnoletnich)** |
| ***NAZWISKO:***  | ***PESEL****:*  |
| ***IMIONA: 1.***  | ***2.***  |
| ***Data urodzenia:***  | ***\* Seria i nr dowodu osobistego:*** |
| ***NIP:*** | \* Tel. kontaktowy: |
| \* Adres mailowy:  |
| **Adres zameldowania:** |
| ***Województwo:***  | ***Miejscowość:***  |
| ***Powiat:***  | ***Gmina:***  |
| ***Kod pocztowy:***  | ***Ulica:***  |
| ***Nr domu:***  | ***Nr mieszkania:***  |
| **Adres do korespondencji / zamieszkania (nie wypełniać jeżeli jest taki sam jak powyżej)**  |
| Województwo:  | Miejscowość:  |
| Powiat:  | Gmina:  |
| Kod pocztowy:  | Ulica:  |
| Nr domu:  | Nr mieszkania:  |
| **URZĄD SKARBOWY** |
| ***Nazwa:***  |
| **\* ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA (NFZ)** |
| ***Nazwa:*** |
| **NUMER KONTA** |
| ***Nazwa banku:***  |
| ***Nr rachunku bankowego:***  |

\* informacje nieobowiązkowe

……………….……………………………………………………..

(podpis stypendysty pełnoletniego lub rodzica)