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)