

OŚWIADCZENIE

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

.....
(nazwisko i imię)

Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że (właściwe zakreślić):

- jestem osobą pobierającą emeryturę / rentę, a KOLPREM Sp. z o. o. był moim ostatnim miejscem zatrudnienia przed przejściem na wyżej wymienione rodzaje świadczeń i po rozwiązaniu stosunku pracy ze Spółką nie podjąłem/am zatrudnienia w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy

- jestem osobą, której Zakładowa Komisja Świadczeń Socjalnych przyznała prawo do korzystania ze środków Funduszu i nie jestem osobą objętą ZFŚS w innym podmiocie gospodarczym (wymagane zaświadczenie oraz wypełnione oświadczenie - informacja końcowa do rozliczenia zaliczki na podatek dochodowy).

Załączam dokumenty szt.

.....
(miejsowość, dnia)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)
