



47-200 Kędzierzyn-Koźle, ul. Rynek 6a, tel. 77 406 11 88, www.pbskkoze.pl
Oddział w Kędzierzynie-Koźlu tel. 77 472 23 66, 77 472 24 40
Oddział w Polskiej Cerekwi tel. 77 480 26 41, 77 480 27 50

Zaświadczenie ważne jeden miesiąc
od daty wystawienia

....., dnia
pieczęć firmowa zakładu pracy

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym zaświadcza się, że niżej wymieniony:

Pan/ Pani										
..... (nazwisko i imię)										
zam.										
PESEL										
miejsce pracy										
..... (dokładny adres)										

jest zatrudniony(a) w naszym zakładzie pracy na stanowisku
od dnia
(miesiąc wpisać słownie)

Umowa zawarta jest na czas nieokreślony* / określony do dnia*

Średnie miesięczne wynagrodzenie netto:

☐ z ostatnich 3 miesięcy

wynosi PLN

(słownie złotych:).

Wynagrodzenie powyższe nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów* / jest obciążone kwotą PLN *

Wynagrodzenie powyższe nie jest obciążone pożyczką PKZP* / jest obciążone pożyczką PKZP w wysokości zł miesięcznie.

Wyżej wymieniony pracownik:

- przebywa na urlopie wychowawczym/ bezpłatnym dłuższym niż 30 dni/ zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni: ☐ TAK ☐ NIE
- przebywa na urlopie macierzyńskim ☐ TAK ☐ NIE
- znajduje się w okresie wypowiedzenia: ☐ TAK ☐ NIE
- znajduje się w okresie wypowiedzenia w związku z przejściem na emeryturę/ rentę ☐ TAK ☐ NIE
- znajduje się w okresie próbnym: ☐ TAK ☐ NIE
- jest pracownikiem sezonowym: ☐ TAK ☐ NIE
- umowa o pracę rozwiązuje się na mocy porozumienia stron z dniem

Pracodawca wystawiający niniejsze zaświadczenie znajduje się w stanie upadłości/ likwidacji/ postępowania naprawczego (w restrukturyzacji): ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że znane mi są konsekwencje z tytułu odpowiedzialności karnej wynikającej z podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie zamieszczonych powyżej danych i informacji Powiatowemu Bankowi Spółdzielczemu w Kędzierzynie – Koźlu oraz upoważniam zakład pracy do ich telefonicznego potwierdzenia lub – według uznania Banku - potwierdzenia w innym trybie. Przyjmuję do wiadomości, że zaświadczenie wypełnione niekompletnie lub nieczytelnie nie będzie honorowane.

.....
data i czytelny podpis Pracownika

* Niepotrzebne skreślić