Załącznik nr 8
do Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej
dla studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

Imię i nazwisko składającego oświadczenie	*PESEL*

Adres

OŚWIADCZENIE

członka rodziny o wysokości dochodu osiągniętego w roku kalendarzowym, poprzedzającym rok akademicki, w którym składany jest wniosek albo po tym roku, opodatkowanego na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne

Oświadczam, że w roku kalendarzowym [ ] uzyskałam/em dochód z działalności opodatkowanej w formie[1]:

- [ ] a) ryczałtu ewidencjonowanego
- [ ] b) karty podatkowej.

który wyniósł:

LP	Wyszczególnienie	Kwota
1	Dochód	
2	Należne składki na ubezpieczenie społeczne	
3	Należne składki na ubezpieczenie zdrowotne	
4	Należny zryczałtowany podatek dochodowy	
5	Dochód po odliczeniu kwot z pozycji 2, 3 i 4	

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

[1] Oznacz właściwe znakiem X