

**CEIDG-1 WNIOSEK O WPIS DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI  
O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Wniosek ten stanowi jednocześnie zgłoszenie do ZUS/KRUS, GUS oraz naczelnika urzędu skarbowego.

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).

Wniosek dotyczy również aktualizacji danych nieobjętych wpisem do CEIDG.

Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją. Pola wymagane we wniosku o nowy wpis oznaczono na formularzu znakiem (\*). Rejestracja w CEIDG jest wolna od opłat, a rejestr prowadzony jest przez Ministra Rozwoju. Dniem złożenia wniosku jest dzień, w którym wnioskodawca wniosek podpisał.

Miejsce na kod paskowy

**01. Rodzaj wniosku:**

- ☐ 1 – wniosek o wpis do CEIDG przedsiębiorcy.  
☐ 2 – wniosek o zmianę wpisu w CEIDG oraz innych danych.  
 Data powstania zmiany (RRRR-MM-DD): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
☐ 3 – wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej.  
☐ 4 – wniosek o wznowienie wykonywania działalności gospodarczej.  
☐ 5 – wniosek o wykreślenie przedsiębiorcy z CEIDG.

**02. Miejsce i data złożenia wniosku: (wypełnia urząd)****02.1. Nazwa urzędu, w którym składany jest wniosek:****02.2. Data złożenia wniosku:**\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
(RRRR-MM-DD)**02.3. Wniosek złożony przez:** Przedsiębiorcę ☐ Osobę uprawnioną ☐☐ **03. Dane wnioskodawcy:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |                                                                                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Płeć*:<br>Kobieta <input type="checkbox"/><br>Mężczyzna <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2a. Rodzaj dokumentu tożsamości*:<br>Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> , podać jaki:..... |                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2b. Seria i numer dowodu tożsamości*:.....                                                                                                                      |                                                                                                |  |
| 3. PESEL*: ____-____-____-____-____-____<br>Nie posiadam numeru PESEL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 4. NIP*: ____-____-____-____-____-____<br>Nie posiadam numeru NIP <input type="checkbox"/>                                                                      | 5. REGON*: ____-____-____-____-____-____<br>Nie posiadam numeru REGON <input type="checkbox"/> |  |
| 6. Nazwisko*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 7. Imię pierwsze*:                                                                                                                                              |                                                                                                |  |
| 8. Nazwisko rodowe:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 9. Imię drugie:<br>(o ile posiada)                                                                                                                              |                                                                                                |  |
| 10. Imię ojca*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 11. Imię matki*:                                                                                                                                                |                                                                                                |  |
| 12. Miejsce urodzenia*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 13. Data urodzenia*:<br>____-____-____<br>(RRRR-MM-DD)                                                                                                          |                                                                                                |  |
| 14. Posiadane obywatelstwa: <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> nie posiadam żadnego obywatelstwa<br>Inne:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                                                |  |
| 15. Zgodnie z art. 233 §6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, osoba, która składa fałszywe oświadczenie i została uprzedzona o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §6 Kodeksu karnego, oświadczam, iż wobec osoby, której dotyczy niniejszy wniosek, nie orzeczono prawomocnie zakazów, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 16-18 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej w zakresie działalności gospodarczej objętej wpisem w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*.<br><input type="checkbox"/> - tak, składam oświadczenie |                                                                                                                                                                 |                                                                                                |  |

**03.1. Jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 13 ust. 2 ☐, ust. 2a ☐, ust. 4 ☐, ust. 5 ☐ ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.****03.2. Dane dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca:**

|                                                              |                         |                             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Data wydania dokumentu:<br>____-____-____<br>(RRRR-MM-DD) | 2. Sygnatura dokumentu: | 3. Organ wydający dokument: |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|

☐ **04. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy:**

|                               |                 |                           |                  |
|-------------------------------|-----------------|---------------------------|------------------|
| 1. Kraj*:                     | 2. Województwo: | 3. Powiat:                | 4. Gmina:        |
| 5. Miejscowość:               | 6. Ulica:       | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy:              | 10. Poczta:     |                           |                  |
| 11. Opis nietypowego miejsca: |                 |                           |                  |

☐ **05. Adres miejsca zameldowania wnioskodawcy (jeśli inny niż w rubryce 04):** brak miejsca zameldowania ☐

|                  |            |                           |                  |
|------------------|------------|---------------------------|------------------|
| 1. Województwo:  | 2. Powiat: | 3. Gmina:                 |                  |
| 4. Miejscowość:  | 5. Ulica:  | 6. Nr nieruchomości/domu: | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: |                           |                  |

☐ **06. Firma przedsiębiorcy, którego wniosek dotyczy\*** (nazwa firmy musi zawierać Imię i Nazwisko przedsiębiorcy):
☐ **06.1. Przewidywana liczba pracujących\*:**.....
 ☐ **06.02. Przewidywana liczba zatrudnionych\*:**.....

|                                                                                                                                            |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>06.3. Rodzaje działalności gospodarczej symbol (5-znakowy) wg PKD 2007</b>                                     |                                               |                                                            | Przeważający*:<br><input type="checkbox"/> 1. _____                                                                       |                                      |                  |
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>                                                                                              | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>                                                                                              | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 7. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 8. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>                                                                                              | 9. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>07. Nazwa skrócona*:</b>                                                                                       |                                               |                                                            | <input type="checkbox"/> <b>08. Data rozpoczęcia działalności*:</b><br>____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)                 |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>09. Dane do kontaktu:</b>                                                                                      |                                               |                                                            | Sprzeciwiam się udostępnianiu danych kontaktowych z CEIDG <input type="checkbox"/>                                        |                                      |                  |
| 1. Numer telefonu:                                                                                                                         |                                               |                                                            | 2. Adres poczty elektronicznej:                                                                                           |                                      |                  |
| 3. Numer faksu:                                                                                                                            |                                               |                                                            | 4. Strona WWW:                                                                                                            |                                      |                  |
| <b>10. Głównie miejsce wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                                                          |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>10.1. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej (jeżeli inny niż podany w rubryce 04)*:</b> |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 1. Województwo:                                                                                                                            |                                               | 2. Powiat:                                                 |                                                                                                                           | 3. Gmina:                            |                  |
| 4. Miejscowość:                                                                                                                            |                                               | 5. Ulica:                                                  |                                                                                                                           | 6. Nr nieruchomości/domu:            | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy:                                                                                                                           |                                               | 9. Poczta:                                                 |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 10. Opis nietypowego miejsca:                                                                                                              |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>10.2. Adres do doręczeń (jeżeli inny niż podany w rubryce 10.1)*:</b>                                          |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 1. Adresat:                                                                                                                                |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 1. Województwo:                                                                                                                            |                                               | 2. Powiat:                                                 |                                                                                                                           | 3. Gmina:                            |                  |
| 4. Miejscowość:                                                                                                                            |                                               | 5. Ulica:                                                  |                                                                                                                           | 6. Nr nieruchomości/domu:            | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy:                                                                                                                           |                                               | 9. Poczta:                                                 |                                                                                                                           | 10. Skrytka pocztowa:                |                  |
| <b>11. Dodatkowe miejsce wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                                                        |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 11.1. Numer identyfikacyjny REGON: _____                                                                                                   |                                               |                                                            |                                                                                                                           | Wykreślenie <input type="checkbox"/> |                  |
| 11.2. Nazwa jednostki lokalnej:                                                                                                            |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.3. Adres dodatkowego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                     |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 1. Kraj:                                                                                                                                   |                                               | 2. Województwo:                                            |                                                                                                                           | 3. Powiat:                           |                  |
| 4. Gmina:                                                                                                                                  |                                               | 5. Miejscowość:                                            |                                                                                                                           | 6. Ulica:                            |                  |
| 7. Nr nieruchomości/domu:                                                                                                                  |                                               | 8. Numer lokalu:                                           |                                                                                                                           | 9. Kod pocztowy:                     |                  |
| 10. Poczta:                                                                                                                                |                                               | 11. Opis nietypowego miejsca:                              |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 12. Wskazany adres dotyczy miejsca wykonywania działalności przez:                                                                         |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> przedsiębiorcę<br><input type="checkbox"/> spółkę cywilną, w której przedsiębiorca uczestniczy                    |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.4. Przewidywana liczba pracujących:</b> .....                                                               |                                               |                                                            | <input type="checkbox"/> <b>11.5. Przewidywana liczba zatrudnionych:</b> .....                                            |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.6. Data rozpoczęcia działalności jednostki:</b><br>____ - ____ - ____<br>(RRRR-MM-DD)                       |                                               |                                                            | <input type="checkbox"/> <b>11.7. Jednostka samobilansująca</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>11.8. Rodzaje działalności gospodarczej wykonywanej w tej lokalizacji symbol (5-znakowy) wg PKD 2007</b>       |                                               |                                                            | Przeważający*:<br><input type="checkbox"/> 1. _____                                                                       |                                      |                  |
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>                                                                                              | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |                                                                                                                           |                                      |                  |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>                                                                                              | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                      |                  |
| Kolejne miejsca wykonywania działalności gospodarczej w załączniku CEIDG-MW <input type="checkbox"/>                                       |                                               |                                                            |                                                                                                                           |                                      |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>12.1. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD):</b> ____ - ____ - ____                                                                                                                                                        |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>12.2. Jestem ubezpieczony za granicą.</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>13. Dane dla potrzeb KRUS:</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 13.1. Oświadczam, że:                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1) moje sprawy prowadzi jednostka terenowa KRUS: .....                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 2) chcę kontynuować ubezpieczenie społeczne rolników: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 3) w poprzednim roku podatkowym:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| a) prowadziłem(am) pozarolniczą działalność gospodarczą: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| b) współpracowałem(am) przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                                                                                                     |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 4) zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego o nie przekroczeniu kwoty należnego podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy:                                                                         |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| a) złożyłem(am) we właściwej jednostce terenowej KRUS: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| b) składałem wraz z niniejszym wnioskiem: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                                                                                                                                            |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| c) złożyłem we właściwej jednostce terenowej KRUS w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 5) organem podatkowym właściwym do rozliczenia podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy jest: .....                                                                                                            |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 13.2. Oświadczam, że przekroczyłem(am) kwotę należnego podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                       |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>14. Informacja o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                                                                                                                                                          |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. Data rozpoczęcia zawieszenia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD)                                                                                                                                                                                                             |                                                                     | 2. Zawieszenie w celu opieki nad dzieckiem do dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD)                                                     |                                                                                                  |
| 3. Oświadczam, że w okresie zawieszenia nie będę zatrudniał(a) pracowników w ramach zawieszanej działalności: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 4. Zawieszam działalność na podstawie art. 14a ust. 1d SDG – w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>15. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                                                                                                                                                           |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. Data wznowienia działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): ____ - ____ - ____                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>16. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. Data zaprzestania działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): ____ - ____ - ____                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 2. Nie podjęto działalności <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                     | 3. Przekształcenie w jednoosobową spółkę kapitałową <input type="checkbox"/>                                                            |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>17. Informacja dotycząca naczelników urzędów skarbowych:</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 17.1. Naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatników:                                                                                                                                                                                                    |                                                                     | 17.2. Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych (jeżeli inny niż w rubryce 17.1): |                                                                                                  |
| 1) aktualny*: .....                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     | .....                                                                                                                                   |                                                                                                  |
| 2) poprzedni: .....                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     | .....                                                                                                                                   |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>18. Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych będę opłacać w formie*:</b>                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. na zasadach ogólnych <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                             | 2. liniowy <input type="checkbox"/>                                 | 3. ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych <input type="checkbox"/>                                                                    | 4. karty podatkowej <input type="checkbox"/><br>dołączam wniosek PIT-16 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>19. Forma wpłat zaliczki*:</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     | <input type="checkbox"/> Miesięczna                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Kwartalna                                                               |
| <input type="checkbox"/> Uproszczona                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>20. Rodzaj prowadzonej dokumentacji rachunkowej*:</b>                                                                                                                                                                                            |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. księgi rachunkowe <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2. podatkowa księga przychodów i rozchodów <input type="checkbox"/> | 3. inne ewidencje <input type="checkbox"/>                                                                                              | 4. nie jest prowadzona <input type="checkbox"/>                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>21. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy:</b>                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. Firma: .....                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     | 2. NIP: .....                                                                                                                           | Rozwiązanie umowy <input type="checkbox"/>                                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>22. Adres przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| jest taki sam jak w rubryce: 04. <input type="checkbox"/> 05. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/>                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. Kraj: .....                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. Województwo: .....                                               | 3. Powiat: .....                                                                                                                        | 4. Gmina: .....                                                                                  |
| 5. Miejscowość: .....                                                                                                                                                                                                                                                        | 6. Ulica: .....                                                     | 7. Nr nieruchomości/domu: .....                                                                                                         | 8. Numer lokalu: .....                                                                           |
| 9. Kod pocztowy: .....                                                                                                                                                                                                                                                       | 10. Poczta: .....                                                   |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>23. Prowadzę zakład pracy chronionej</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>24. Prowadzę zagraniczne przedsiębiorstwo drobnej wytwórczości</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>25. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych</b> <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>                                                                                      |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>26. Jestem wspólnikiem spółki/spółek cywilnych*:</b> <input type="checkbox"/> Nie zawarłem umów spółek cywilnych                                                                                                                                 |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. NIP spółki: .....                                                                                                                                                                                                                                                         | 2. REGON spółki: .....                                              | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                       |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD)                                                                                                                                                                         |                                                                     | <input type="checkbox"/> 4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD)                                     |                                                                                                  |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-S.C. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>27. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej*:</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                  |
| 1. Łączy mnie małżonkiem wspólnosc majątkowa:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>Tak</b><br><input type="checkbox"/> <b>Nie / Nie dotyczy</b>                                                | 2. Małżeńska wspólnosc majątkowa ustała dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD)                    |

|                                                                                                                                                            |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| <b>28. Dane identyfikacyjne rachunków bankowych wnioskodawcy:</b>                                                                                          |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>28.1. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:</b>                                                  |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału):                                                                                                                         |  |                 |                                              |                                            | 2. Pełna nazwa banku (oddziału):                                     |                                                            |  |                  |  |
| 3. Posiadacz rachunku:                                                                                                                                     |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków):                                                                                                                     |  |                 |                                              |                                            | 5. Likwidacja <input type="checkbox"/>                               |                                                            |  |                  |  |
| 6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku <input type="checkbox"/>                                                                              |  |                 |                                              |                                            | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/>           |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>28.2. Osobisty rachunek bankowy</b> (niezwiązany z prowadzeniem działalności gospodarczej):                                    |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału):                                                                                                                         |  |                 |                                              |                                            | 2. Pełna nazwa banku (oddziału):                                     |                                                            |  |                  |  |
| 3. Posiadacz rachunku:                                                                                                                                     |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków):                                                                                                                     |  |                 |                                              |                                            | 5. Rezygnacja <input type="checkbox"/>                               |                                                            |  |                  |  |
| 6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku <input type="checkbox"/>                                                                              |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>29. Informacja o numerach identyfikacyjnych uzyskanych w innych krajach dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych:</b> |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 1. Kraj:                                                                                                                                                   |  | 2. Numer:       |                                              | 3. Typ: Podatkowy <input type="checkbox"/> |                                                                      | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> |  |                  |  |
|                                                                                                                                                            |  |                 |                                              | Ubezpieczeniowy <input type="checkbox"/>   |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>30. Udzieliłem pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw:</b> (można wypełniać od 01.01.2012)                                  |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.1. Dane pełnomocnika:</b>                                                                                                   |  |                 |                                              |                                            | Wykreślenie wpisu o pełnomocnictwie z CEIDG <input type="checkbox"/> |                                                            |  |                  |  |
| Pełnomocnik jest osobą prawną <input type="checkbox"/>                                                                                                     |  |                 | 1. Nazwa firmy pełnomocnika:                 |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 2. Imię:                                                                                                                                                   |  |                 |                                              |                                            | 3. Nazwisko:                                                         |                                                            |  |                  |  |
| 4. PESEL/KRS: _____                                                                                                                                        |  |                 |                                              |                                            | 5. Data urodzenia (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____                  |                                                            |  |                  |  |
| 6. NIP: _____                                                                                                                                              |  |                 |                                              |                                            | 7. Obywatelstwa: .....                                               |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.2. Adres miejsca zamieszkania lub wykonywania działalności gospodarczej lub siedziba pełnomocnika:</b>                      |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 1. Kraj:                                                                                                                                                   |  | 2. Województwo: |                                              | 3. Powiat:                                 |                                                                      | 4. Gmina:                                                  |  |                  |  |
| 5. Miejscowość:                                                                                                                                            |  |                 | 6. Ulica:                                    |                                            |                                                                      | 7. Nr nieruchomości/domu:                                  |  | 8. Numer lokalu: |  |
| 9. Kod pocztowy:                                                                                                                                           |  |                 | 10. Poczta:                                  |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 11. Opis nietypowego miejsca:                                                                                                                              |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.3. Adres pełnomocnika do doręczeń:</b> (jeżeli inny niż w rubryce 30.2)                                                     |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| 1. Województwo:                                                                                                                                            |  |                 | 2. Powiat:                                   |                                            |                                                                      | 3. Gmina:                                                  |  |                  |  |
| 4. Miejscowość:                                                                                                                                            |  |                 | 5. Ulica:                                    |                                            |                                                                      | 6. Nr nieruchomości/domu:                                  |  | 7. Numer lokalu: |  |
| 8. Kod pocztowy:                                                                                                                                           |  |                 | 9. Poczta:                                   |                                            |                                                                      | 10. Skrytka pocztowa:                                      |  |                  |  |
| 11. Adres poczty elektronicznej:                                                                                                                           |  |                 | 12. Strona WWW:                              |                                            |                                                                      | 13. Numer telefonu:                                        |  |                  |  |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-PN <input type="checkbox"/>                                                                                                 |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>30.4. Zakres pełnomocnictwa:</b>                                                                                               |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| .....                                                                                                                                                      |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <b>W zakresie rejestru CEIDG pełnomocnictwo obejmuje następujące czynności:</b>                                                                            |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> zmiana wpisu w CEIDG                                                                                                              |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej                                                       |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej                                                        |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> wniosek o wykreślenie wpisu w CEIDG                                                                                               |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> prowadzenie spraw za pośrednictwem punktu kontaktowego                                                                            |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>31. Dołączam następujące dokumenty:</b> (podać liczbę formularzy)                                                              |  |                 |                                              |                                            |                                                                      |                                                            |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-RD ..... szt.                                                                                                               |  |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-MW ..... szt. |                                            |                                                                      | <input type="checkbox"/> CEIDG-RB ..... szt.               |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-SC ..... szt.                                                                                                               |  |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-PN ..... szt. |                                            |                                                                      | <input type="checkbox"/> Inne ..... szt.                   |  |                  |  |
| Miejscowość i data złożenia wniosku                                                                                                                        |  |                 |                                              |                                            | Własnoręczny podpis wnioskodawcy / osoby uprawnionej                 |                                                            |  |                  |  |

**Część CEIDG-MW nr .... Dodatkowe miejsca wykonywania działalności gospodarczej**

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)  
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją.

**☐ 01. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy:**

1. PESEL\*: \_\_\_\_\_ 2. NIP\*: \_\_\_\_\_ 3. REGON\*: \_\_\_\_\_

**☐ 02. Dodatkowe miejsce wykonywania działalności gospodarczej:**

2.1. Numer identyfikacyjny REGON: \_\_\_\_\_ Wykreślenie ☐

2.2. Nazwa jednostki lokalnej:

**☐ 2.3. Adres dodatkowego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:**

1. Kraj: \_\_\_\_\_ 2. Województwo: \_\_\_\_\_ 3. Powiat: \_\_\_\_\_ 4. Gmina: \_\_\_\_\_  
5. Miejscowość: \_\_\_\_\_ 6. Ulica: \_\_\_\_\_ 7. Nr nieruchomości/domu: \_\_\_\_\_ 8. Numer lokalu: \_\_\_\_\_  
9. Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ 10. Poczta: \_\_\_\_\_

11. Opis nietypowego miejsca:

12. Wskazany adres dotyczy miejsca wykonywania działalności przez: ☐ przedsiębiorcę  
☐ spółkę cywilną, w której przedsiębiorca uczestniczy

☐ 2.4. Przewidywana liczba pracujących:..... ☐ 2.5. Przewidywana liczba zatrudnionych:.....

☐ 2.6. Data rozpoczęcia działalności jednostki: \_\_\_\_\_  
(RRRR-MM-DD) ☐ 2.7. Jednostka samobilansująca ☐ Tak ☐ Nie

☐ 2.8. Rodzaje działalności gospodarczej wykonywanej w tej lokalizacji symbol (5-znakowy) wg PKD 2007 Przeważający\*:  
☐ 1. \_\_\_\_\_

|                                                |                                                |                                                            |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 7. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>              |
| 8. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 9. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 10. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>             |
| 11. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 12. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 13. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>             |
| 14. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 15. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> |

**03. Kontynuacja w dokumencie CEIDG-MW ☐**

Miejscowość i data złożenia wniosku

Własnoręczny podpis wnioskodawcy / osoby uprawnionej

**Instrukcja wypełniania:**

1. W razie potrzeby zgłoszenia większej liczby miejsc wykonywania działalności gospodarczej należy użyć kolejnych formularzy CEIDG-MW.
2. Pole 2.8 dla miejsca wykonywania działalności należy wypełnić wg. zasad analogicznych jak dla rubryki 11.8 formularza CEIDG-1, z tym że tutaj opisuje się zakres działalności wykonywanej w danym miejscu. Jeżeli w polach zabraknie miejsca – należy wypełnić dodatkowo formularz CEIDG-RD.
3. Nietypowe miejsca lokalizacji należy opisywać z maksymalną możliwą dokładnością.
4. Jeżeli miejsce wykonywania działalności gospodarczej znajduje się poza terytorium Polski, informacja ta nie zostanie wpisana do rejestru REGON.
5. Wypełniony wniosek należy podpisać.

**Część CEIDG-RD nr .... Wykonywana działalność gospodarcza**

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)  
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją.

**01. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy:**

1. PESEL\*: \_\_\_\_\_ 2. NIP\*: \_\_\_\_\_ 3. REGON\*: \_\_\_\_\_

**02. REGON miejsca wykonywania działalności gospodarczej:**

☐ 02.1. Rodzaje wykonywanej działalności gospodarczej w oznaczonym miejscu:

Ciąg dalszy informacji z: rubryki 06.3 albo 11.8 wniosku CEIDG-1 albo ciąg dalszy informacji z rubryki 2.8 części CEIDG-MW dodatkowe miejsca wykonywania działalności (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

- rubryki 06.3 wniosku CEIDG-1 ☐
- rubryki 11.8 wniosku CEIDG-1 ☐
- rubryki 2.8 części CEIDG-MW nr ..... ☐

**Symbol (5 – znakowy) wg PKD 2007**

|                                                |                                                |                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  |
| 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  |
| 7. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 8. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  | 9. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/>  |
| 10. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 11. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 12. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 13. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 14. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 15. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 16. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 17. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 18. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 19. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 20. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 21. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 22. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 23. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 24. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 25. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 26. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 27. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 28. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 29. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 30. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 31. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 32. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 33. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 34. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 35. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 36. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 37. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 38. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 39. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 40. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 41. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 42. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 43. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 44. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 45. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 46. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 47. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 48. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 49. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 50. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 51. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 52. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 53. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 54. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 55. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 56. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 57. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 58. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 59. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 60. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 61. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 62. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 63. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 64. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 65. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 66. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> |

**03. Kontynuacja w dokumencie CEIDG-RD ☐**

Miejscowość i data złożenia wniosku

Własnoręczny podpis wnioskodawcy / osoby uprawnionej

**Instrukcja wypełniania:**

- Część CEIDG-RD należy wypełniać na maszynie lub długopisem pismem wyraźnym, bez poprawek i skreśleń.
- Jeżeli wniosek jest zgłoszeniem zmian, należy podać numer REGON odpowiednio podmiotu i jego jednostki lokalnej, której wniosek dotyczy.
- Jeżeli zmiana dotyczy wykreślenia rodzaju działalności we wskazanym miejscu wykonywania działalności należy wskazać kod działalności i zaznaczyć odpowiedni kwadrat przy słowie „Wykreślenie”.
- Jeśli w rubryce 06.3 bądź 11.8 wniosku CEIDG-1 albo rubryce 2.8 części CEIDG-MW zabraknie miejsca na wyszczególnienie rodzajów działalności gospodarczej prowadzonej przez przedsiębiorcę, wtedy dalszy ciąg tej rubryki stanowi niniejszy załącznik; poszczególne rodzaje działalności powinny być określone kodami podklas (5 znaków) rodzajów działalności wg. klasyfikacji PKD 2007.
- Opisy kodów poszczególnych rodzajów działalności gospodarczej zamieszczone są na stronie internetowej [www.pkd.gov.pl](http://www.pkd.gov.pl).
- Wypełniony wniosek należy podpisać.

**Część CEIDG-RB nr .... Informacja o rachunkach bankowych**

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)  
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją.

**01. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy:**

1. PESEL\*: \_\_\_\_\_ 2. NIP\*: \_\_\_\_\_ 3. REGON\*: \_\_\_\_\_

**02. Dane identyfikacyjne rachunków bankowych wnioskodawcy:**

☐ **0.2.1. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:**

1. Kraj siedziby banku (oddziału): \_\_\_\_\_ 2. Pełna nazwa banku (oddziału): \_\_\_\_\_

3. Posiadacz rachunku: \_\_\_\_\_

4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): \_\_\_\_\_ 5. Likwidacja ☐

6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku ☐

☐ **0.2.2. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:**

1. Kraj siedziby banku (oddziału): \_\_\_\_\_ 2. Pełna nazwa banku (oddziału): \_\_\_\_\_

3. Posiadacz rachunku: \_\_\_\_\_

4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): \_\_\_\_\_ 5. Likwidacja ☐

6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku ☐

☐ **0.2.3. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:**

1. Kraj siedziby banku (oddziału): \_\_\_\_\_ 2. Pełna nazwa banku (oddziału): \_\_\_\_\_

3. Posiadacz rachunku: \_\_\_\_\_

4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): \_\_\_\_\_ 5. Likwidacja ☐

6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku ☐

☐ **0.2.4. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:**

1. Kraj siedziby banku (oddziału): \_\_\_\_\_ 2. Pełna nazwa banku (oddziału): \_\_\_\_\_

3. Posiadacz rachunku: \_\_\_\_\_

4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): \_\_\_\_\_ 5. Likwidacja ☐

6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku ☐

☐ **03. Informacja o numerach identyfikacyjnych uzyskanych w innych krajach dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych:**

1.1. Kraj: \_\_\_\_\_ 1.2. Numer: \_\_\_\_\_ 1.3. Typ: \_\_\_\_\_ Podatkowy ☐ Ubezpieczeniowy ☐

2.1. Kraj: \_\_\_\_\_ 2.2. Numer: \_\_\_\_\_ 2.3. Typ: \_\_\_\_\_ Podatkowy ☐ Ubezpieczeniowy ☐

3.1. Kraj: \_\_\_\_\_ 3.2. Numer: \_\_\_\_\_ 3.3. Typ: \_\_\_\_\_ Podatkowy ☐ Ubezpieczeniowy ☐

4.1. Kraj: \_\_\_\_\_ 4.2. Numer: \_\_\_\_\_ 4.3. Typ: \_\_\_\_\_ Podatkowy ☐ Ubezpieczeniowy ☐

**04. Kontynuacja w dokumencie CEIDG-RB ☐**

Miejscowość i data złożenia wniosku \_\_\_\_\_ Własnoręczny podpis wnioskodawcy / osoby uprawnionej \_\_\_\_\_

**Instrukcja wypełniania:**

1. Część CEIDG-RB należy wypełniać pismem wyraźnym, bez poprawek i skreśleń.
2. Można wskazać rachunki posiadane w Spółdzielczej Kasie Oszczędnościowo-Kredytowej.
3. Można podać wszystkie rachunki bankowe związane z prowadzeniem działalności gospodarczej.
4. Rubrykę 3 należy wypełnić, o ile dotyczy.
5. Wypełniony wniosek należy podpisać.

## Część CEIDG-SC nr .... Udział w spółkach cywilnych

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)  
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją.

## 01. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy:

1. PESEL\*: \_\_\_\_\_ 2. NIP\*: \_\_\_\_\_ 3. REGON\*: \_\_\_\_\_

## 02. Jestem współnikiem spółek cywilnych:

☐ Nie zawarłem umów spółek cywilnych

|                                                                                                                                                             |                     |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 1.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 1.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 1.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 2.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 2.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 2.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 2.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 3.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 3.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 3.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 3.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 4.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 4.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 4.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 4.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 5.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 5.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 5.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 5.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 6.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 6.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 6.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 6.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 7.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 7.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 7.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 7.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 8.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 8.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 8.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 8.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 9.1. NIP spółki:                                                                                                                                            | 9.2. REGON spółki:  | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 9.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |                     | <input type="checkbox"/> 9.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div>  |
| 10.1. NIP spółki:                                                                                                                                           | 10.2. REGON spółki: | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 10.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div> |                     | <input type="checkbox"/> 10.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div> |
| 11.1. NIP spółki:                                                                                                                                           | 11.2. REGON spółki: | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 11.3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div> |                     | <input type="checkbox"/> 11.4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia (RRRR-MM-DD):<br><div style="text-align: center;">-- -- - - -<br/>(RRRR-MM-DD)</div> |

03. Kontynuacja w dokumencie CEIDG-SC ☐

Miejscowość i data złożenia wniosku

Własnoręczny podpis wnioskodawcy / osoby uprawnionej

## Instrukcja wypełniania:

- Należy wypełniać na maszynie lub długopisem pismem wyraźnym, bez poprawek i skreśleń.
- Jeżeli wniosek jest zgłoszeniem zmian, należy podać numer NIP i REGON spółki, której wniosek dotyczy.
- Wypełniony wniosek należy podpisać.

### Część CEIDG-PN nr .... Udzielone pełnomocnictwa

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)  
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją.

#### 01. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy:

|                  |                |                  |
|------------------|----------------|------------------|
| 1. PESEL*: _____ | 2. NIP*: _____ | 3. REGON*: _____ |
|------------------|----------------|------------------|

#### ☐ 02. Udzieliłem pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw: (można wypełniać od 01.01.2012)

|                                                  |                                                                      |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2.1. Dane pełnomocnika: | Wykreślenie wpisu o pełnomocnictwie z CEIDG <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                                                        |                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|
| Pełnomocnik jest osobą prawną <input type="checkbox"/> | 1. Nazwa firmy pełnomocnika: |
| 2. Imię:                                               |                              |
| 3. Nazwisko:                                           |                              |
| 4. PESEL/KRS: _____                                    |                              |
| 5. Data urodzenia (RRRR-MM-DD): ____ - ____ - ____     |                              |
| 6. NIP: _____                                          |                              |
| 7. Obywatelstwa: .....                                 |                              |

#### ☐ 2.2. Adres miejsca zamieszkania lub wykonywania działalności gospodarczej lub siedziba pełnomocnika:

|                               |                 |             |                                                 |
|-------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------------------------|
| 1. Kraj:                      | 2. Województwo: | 3. Powiat:  | 4. Gmina:                                       |
| 5. Miejscowość:               |                 | 6. Ulica:   | 7. Nr nieruchomości/domu:      8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy:              |                 | 10. Poczta: |                                                 |
| 11. Opis nietypowego miejsca: |                 |             |                                                 |

#### ☐ 2.3. Adres pełnomocnika do doręczeń: (jeżeli inny niż w rubryce 30.2)

|                                  |                 |                                                 |
|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|
| 1. Województwo:                  | 2. Powiat:      | 3. Gmina:                                       |
| 4. Miejscowość:                  | 5. Ulica:       | 6. Nr nieruchomości/domu:      7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy:                 | 9. Poczta:      | 10. Skrytka pocztowa:                           |
| 11. Adres poczty elektronicznej: | 12. Strona WWW: | 13. Numer telefonu:                             |

#### ☐ 2.4. Zakres pełnomocnictwa:

.....

.....

.....

.....

.....

#### W zakresie rejestru CEIDG pełnomocnictwo obejmuje następujące czynności:

- ☐ zmiana wpisu w CEIDG
- ☐ wpis informacji w CEIDG o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej
- ☐ wpis informacji w CEIDG o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej
- ☐ wniosek o wykreślenie wpisu w CEIDG
- ☐ prowadzenie spraw za pośrednictwem punktu kontaktowego

#### 03. Kontynuacja w dokumencie CEIDG-PN ☐

|                                     |                                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Miejscowość i data złożenia wniosku | Własnoręczny podpis wnioskodawcy / osoby uprawnionej |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|

## Część CEIDG-POPR

Formularz służy do dokonywania korekt w przypadku pomyłek przy wypełnianiu części wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej

[illegible]

1) Należy wpisać, której części wniosku korekta dotyczy: CEIDG-1 albo CEIDG-MW, albo CEIDG-RB, albo CEIDG-RD, albo CEIDG-SC, albo CEIDG-PN.