

**Formularz danych/zmian danych klienta Kancelarii Podatkowej**
**Klient:**

Imię i nazwisko lub nazwa firmy

NIP

Nr klienta biura

B. Zlecam Doradcy Podatkowemu Tomaszowi Mochowi złożenie w moim imieniu w odpowiednim urzędzie skarbowym informacji o /zmianie poniższej formy opodatkowania przychodów z prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej według poniższej tabeli

**Data zmiany (wypełnić tylko w przypadku zmian)**

- -

**Podatek dochodowy**

Forma opodatkowania <small>(należy wybrać jedną z form opodatkowania)</small>			Rodzaj ksiąg		Forma zaliczek		Okresy wpłacania zaliczek	
			podatkowa księga przychodów i rozchodów	księgi rachunkowe	zasady ogólne	forma uproszczona	miesięcznie	kwartalnie
ogólneZasady	podatek wg skali podatkowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	podatek liniowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ryczałt od przychodów ewidencjonowanych		<input type="checkbox"/>	ewidencja przychodów		ryczałt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

podatek od towarów i usług	Podatnik VAT UE		Podatnik VAT		Okresy wpłacania podatku VAT	
	TAK	NIE	TAK	NIE	miesięcznie	kwartalnie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data pierwszej transakcji unijnej			Data rejestracji /wyrejestrowania			
-----			-----			

Ubezpieczenie społeczne osoby prowadzącej działalność	ZUS podstawa		Ubezpieczenie społeczne			KRUS
	60% średniej krajowej	30% płacy minimalnej	ERW	Chor.	Zrd.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data powstania obowiązku/ data zmiany						
-----						

**PKD**
**PKD** opis działalności

Adres zamieszkania				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Adres zameldowania			Taki sam jak zamieszkania	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Adres siedziby			Taki sam jak zamieszkania	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Adres do korespondencji			Taki sam jak zamieszkania	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Pozostałe adresy prowadzenia działalności				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Daty prowadzenia działalności	Rozpoczęcia	Zawieszenia	Wznowienia	Zaprzestania

Dane kontaktowe		
Telefon firmowy	Telefon SMS	Poczta elektroniczna

Data i podpis klienta:	
Oświadczam, że spełniam warunki do wyboru wskazanych w niniejszym formularzu form opodatkowania, form zaliczek i okresów ich opłacania.	

Adnotacje Doradcy Podatkowego – data rejestracji							
VAT-R złożony		EPUAP/C EiDG		OPTIMA		ZUS	