

**CEIDG-1 WNIOSK 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. Dniem złożenia wniosku jest dzień, w którym wnioskodawca wniosek podpisał. Rejestr CEIDG prowadzony jest przez ministra właściwego do spraw gospodarki.

Miejsce na kod paskowy

**01. Rodzaj wniosku:**

- 1 – wniosek o wpis do CEIDG przedsiębiorcy.  
Pola wymagane we wniosku o wpis oznaczono na formularzu znakiem (\*)
- 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 dokumentu tożsamości *:.....                                                                                                                  |

|                                                                        |                                                             |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 3. PESEL*: _____<br>Nie posiadam numeru PESEL <input type="checkbox"/> | 4. NIP*: _____<br>Nie posiadam 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. Oświadczam, że wobec osoby, której wpis dotyczy, nie orzeczono prawomocnie zakazów, o których mowa w art. 5 ust. 2 pkt 13-15 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy w zakresie działalności gospodarczej objętej wpisem, oraz, że osoba, której wpis dotyczy, posiada tytuł prawny do nieruchomości, których adresy są wpisywane do CEIDG. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia\*.

 - tak, składam oświadczenie

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 od 6 miesięcy do lat 8.

Zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy, zawarcie w oświadczeniu klauzuli: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia" zastępuje pouczenie organu uprawnionego do odebrania oświadczenia o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**03.1.** Jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 4 ust. 2 lub ust. 4 lub ust. 5 ustawy o zasadach uczestnictwa przedsiębiorców zagranicznych i innych osób zagranicznych w obrocie gospodarczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**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 zamieszkania wnioskodawcy\*:**

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

 **05. Adres skrzynki ePUAP:**

Adres w systemie teleinformatycznym. Do doręczeń pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej może mieć zastosowanie adres elektroniczny na portalu podatkowym lub w systemie ePUAP, w przypadku, jeżeli wniesiono o zastosowanie takiego sposobu doręczania albo wyrażono na to zgodę (art. 144a § 1 pkt 2 lub art. 144a § 1 pkt 3 w związku z art. 3e § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2019 r. poz. 900, z późn. zm.)). Adres elektroniczny w systemie ePUAP może mieć również zastosowanie do doręczeń pism w analogicznych przypadkach określonych w art. 39<sup>1</sup> § 1 pkt 2 lub art. 39<sup>1</sup> § 1 pkt 3 w związku z art. 39<sup>1</sup> § 1a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.). Poniżej można zaznaczyć rezygnację ze wskazanego adresu elektronicznego.

|                         |                                                                 |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Adres elektroniczny: | 2. Rezygnacja z adresu elektronicznego <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                                                                                                                   |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>06. Firma przedsiębiorcy, którego wniosek dotyczy*</b> (nazwa firmy musi zawierać Imię i Nazwisko przedsiębiorcy):                                                                                                   |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>06.1.</b> Przewidywana liczba pracujących*..... (przedsiębiorca + planowana liczba osób zatrudnionych)                                                                                                               |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>06.2.</b> Rodzaje działalności gospodarczej symbol (5-znakowy) wg PKD 2007<br><small>Poszczególne kody i powiązane z nimi procedury znajdziesz na stronie <a href="http://www.pkd.gov.pl">www.pkd.gov.pl</a></small> |                                               | 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> : (w przypadku braku należy podać imię i nazwisko)                                                                                                                                           |                                               | <input type="checkbox"/> <b>08. Data rozpoczęcia działalności*</b> :<br><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. Adresy związane z działalnością gospodarczą*</b>                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>10.1.</b> Adres do doręczeń*:                                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| 1. Adresat:                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| 2. Kraj:                                                                                                                                                                                                                                         | 3. Województwo:                               | 4. Powiat:                                                                                                        | 5. Gmina/Dzielnica:                  |
| 6. Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                  | 7. Ulica:                                     | 8. Nr nieruchomości/domu:                                                                                         | 9. Numer lokalu:                     |
| 10. Kod pocztowy:                                                                                                                                                                                                                                | 11. Poczta:                                   | 12. Skrytka pocztowa:                                                                                             |                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>10.2.</b> Stałe miejsce wykonywania działalności gospodarczej*:                                                                                                                                                      |                                               | Brak stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej <input type="checkbox"/>                               |                                      |
| W przypadku braku stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej do celów podatkowych przyjęty zostanie adres zamieszkania.                                                                                                               |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| 1. Województwo:                                                                                                                                                                                                                                  | 2. Powiat:                                    | 3. Gmina/Dzielnica:                                                                                               |                                      |
| 4. Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                  | 5. Ulica:                                     | 6. Nr nieruchomości/domu:                                                                                         | 7. Numer lokalu:                     |
| 8. Kod pocztowy:                                                                                                                                                                                                                                 | 9. Poczta:                                    |                                                                                                                   |                                      |
| 10. Opis nietypowego miejsca:                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| <b>11. Dodatkowe stałe miejsca wykonywania działalności gospodarczej:</b>                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| 11.1. Numer identyfikacyjny REGON: _____                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                   | Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 11.2. Nazwa jednostki lokalnej:                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>11.3.</b> Adres dodatkowego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| 1. Kraj:                                                                                                                                                                                                                                         | 2. Województwo:                               | 3. Powiat:                                                                                                        | 4. Gmina/Dzielnica:                  |
| 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.</b> Przewidywana liczba pracujących*.....                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>11.5.</b> Data rozpoczęcia działalności jednostki:<br><br>_____ - _____ - _____<br>(RRRR-MM-DD)                                                                                                                      |                                               | <input type="checkbox"/> <b>11.6.</b> Zakład leczniczy podmiotu leczniczego.                                      |                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.7. Rodzaje działalności gospodarczej wykonywanej w tej lokalizacji symbol (5-znakowy) wg PKD 2007                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                             | 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"/> 12. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu w*: (należy zaznaczyć tylko jedno pole)                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych <input type="checkbox"/><br><small>(wypełnij pole 12.1 i opcjonalnie 12.2)</small>                                                                                                                                                                                                                                                             | Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego <input type="checkbox"/><br><small>(wypełnij rubrykę 13)</small> | Jestem ubezpieczony za granicą <input type="checkbox"/>             |                                                                                                  |
| 12.1. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 12.2. Dołączam zgłoszenia ZUS: ZZA <input type="checkbox"/> , ZWUA <input type="checkbox"/> , ZUA <input type="checkbox"/> , ZIUA <input type="checkbox"/> , ZCNA <input type="checkbox"/> szt.....                                                                                                                                                                              |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 13. Dane dla potrzeb KRUS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 13.1. Oświadczam, że:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1) moje sprawy prowadzi jednostka terenowa KRUS:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 2) chcę kontynuować ubezpieczenie społeczne rolników: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 3) w poprzednim roku podatkowym:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| a) prowadziłem(am) pozarolniczą działalność gospodarczą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| b) współpracowałem(am) przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 4) zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego o nieprzekroczeniu 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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| b) składałem wraz z niniejszym wnioskiem: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| c) złożę 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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                      |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 14. Informacja o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1. Data rozpoczęcia zawieszenia (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____<br>Chcę jednocześnie wskazać datę wznowienia działalności <input type="checkbox"/> (datę należy podać w rubryce 15)                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             | 2. Rezygnuję z zawieszenia działalności <input type="checkbox"/>    |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 15. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1. Data wznowienia działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | 2. Rezygnuję ze wznowienia działalności <input type="checkbox"/>    |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 16. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1) Data trwałego zaprzestania działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 2) Rezygnuję z zaprzestania wykonywania działalności <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 3) Przekształcenie w jednoosobową spółkę kapitałową <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 4) Nie podjęto działalności <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 17. Informacja dotycząca naczelnika urzędu skarbowego:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatników:<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 18. Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych będę opłacać w formie:                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| (Wybór formy opodatkowania wpływa na wysokość przyszłego podatku oraz na rodzaj i zakres prowadzonej dokumentacji rachunkowej. Więcej informacji o formach opodatkowania znajdziesz na stronie: <a href="http://biznes.gov.pl/podatki">biznes.gov.pl/podatki</a> ) Zaznaczając rubrykę „na zasadach ogólnych” jednocześnie rezygnujesz z wcześniej wybranej formy opodatkowania. |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1. na zasadach ogólnych <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2. liniowy <input type="checkbox"/>                                                                         | 3. ryczałt od przychodów ewidencjonowanych <input type="checkbox"/> | 4. karty podatkowej <input type="checkbox"/><br>dołączam wniosek PIT-16 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 19. Zawiadomienie o prowadzeniu ksiąg rachunkowych:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| Zawiadamiam, że w następnym roku obrotowym wybieram prowadzenie ksiąg rachunkowych.<br>Składam zawiadomienie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| Zawiadomienie nie jest składane w przypadku gdy informacja o prowadzeniu ksiąg rachunkowych zostanie złożona na podstawie odrębnych przepisów, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o rachunkowości.                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 20. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1. Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             | 2. NIP: _____                                                       | Rozwiązanie umowy <input type="checkbox"/>                                                       |
| <input type="checkbox"/> 21. Adres przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 1. Kraj:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2. Województwo:                                                                                             | 3. Powiat:                                                          | 4. Gmina/Dzielnica:                                                                              |
| 5. Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             | 6. Ulica:                                                           | 7. Nr nieruchomości/domu:                                                                        |
| 8. Numer lokalu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                  |
| 9. Kod pocztowy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                             | 10. Poczta:                                                         |                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                        |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>22. Prowadzę zakład pracy chronionej</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>23. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>24. Jestem współnikiem spółki/spółek cywilnych:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                        |                                                            |
| 1. NIP spółki:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 | 2. REGON spółki:                                                                       |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/>      |                                                            |
| 3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia: _____ - _____ - _____<br>(RRRR-MM-DD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 | 4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia: _____ - _____ - _____<br>(RRRR-MM-DD)       |                                                            |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-S.C. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>25. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                        |                                                            |
| 1. Łączy mnie z małżonkiem wspólność majątkowa: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE / Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 | 2. Małżeńska wspólność majątkowa ustała dnia: _____ - _____ - _____<br>(RRRR-MM-DD)    |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>26. Informacje o rachunkach bankowych / rachunkach w SKOK wnioskodawcy:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>26.1. Rachunek związany z prowadzeniem działalności gospodarczej:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                                                        |                                                            |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 2. Kod SWIFT (tylko dla zagranicznego rachunku bankowego. Od 8 do 11 znaków):          |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                        |                                                            |
| 3. Pełna nazwa banku (oddziału):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                                                                                        |                                                            |
| 4. Posiadacz rachunku:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                                        |                                                            |
| 5. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                        | 6. Likwidacja <input type="checkbox"/>                     |
| 7. Rachunek, na który dokonywany będzie zwrot podatku <input type="checkbox"/><br><small>Zwrot podatku nie może być dokonywany na zagraniczny rachunek bankowy.</small>                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                                                                        | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>26.2. Osobisty rachunek bankowy (niezwiązany z prowadzeniem działalności gospodarczej):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                                                                        |                                                            |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 2. Kod SWIFT (tylko dla zagranicznego rachunku bankowego. Od 8 do 11 znaków):          |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                        |                                                            |
| 3. Pełna nazwa banku (oddziału):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                                                                                        |                                                            |
| 4. Posiadacz rachunku:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                                        |                                                            |
| 5. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                        | 6. Rezygnacja <input type="checkbox"/>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>27. 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"/><br>Ubezpieczeniowy <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>28. Udzieliłem(am) pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>28.1. 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>28.2. Adres pełnomocnika do doręczeń:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                                                                        |                                                            |
| 1. Kraj:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2. Województwo: | 3. Powiat:                                                                             | 4. Gmina/Dzielnica:                                        |
| 5. Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6. Ulica:       | 7. Nr nieruchomości/domu:                                                              | 8. Numer lokalu:                                           |
| 9. Kod pocztowy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10. Poczta:     | 11. Skrytka pocztowa:                                                                  |                                                            |
| 12. Adres poczty elektronicznej:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 13. Strona WWW: | 14. Numer telefonu:                                                                    |                                                            |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-PN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>28.3. W zakresie rejestru CEIDG pełnomocnictwo obejmuje następujące czynności:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> zmiana wpisu w CEIDG<br><input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej<br><input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej<br><input type="checkbox"/> wniosek o wykreślenie wpisu w CEIDG<br><input type="checkbox"/> prowadzenie spraw za pośrednictwem punktu kontaktowego |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>29. Dołączam następujące dokumenty:</b> (podać liczbę formularzy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                                                        |                                                            |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-RD ..... szt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-MW ..... szt.                                           |                                                            |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-SC ..... szt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-PN ..... szt.                                           |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 | <input type="checkbox"/> CEIDG-RB ..... szt.                                           |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 | <input type="checkbox"/> Inne ..... szt.                                               |                                                            |

**30. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych w CEIDG:**

Informujemy, że:

- a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (dalej jako „CEIDG”) jest Minister Rozwoju (dalej jako: „Minister”).
- b) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Ministerstwie Rozwoju, e-mail: [iod@mr.gov.pl](mailto:iod@mr.gov.pl).
- c) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej i punkcie informacji dla przedsiębiorcy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1291 ze późn. zm.) (dalej jako „Ustawa”), wyłącznie w celach wyraźnie w niej wskazanych.
- d) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do celów innych niż te, dla których zostały pierwotnie zebrane.
- e) Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
- f) Jeżeli zaistnieje podejrzenie, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- g) Przedsiębiorca może opublikować za pośrednictwem systemu teleinformatycznego CEIDG informacje dotyczące swoich pełnomocników i prokurentów. Minister w zakresie powyższych informacji nie decyduje o celach i sposobach ich przetwarzania, określa jedynie zasady ich publikowania w CEIDG.
- h) Przekazywanie przez Ministra Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w CEIDG może nastąpić wyłącznie w przypadku, jeżeli będzie to stanowić realizację obowiązku Administratora, wynikającego z obowiązujących przepisów prawa.
- i) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane przez Ministra do państw trzecich, nienależących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
- j) Dane osobowe przedsiębiorców będą usuwane po upływie 10 lat od dnia wykreślenia przedsiębiorców z CEIDG, zgodnie z art. 49 ust. 2 Ustawy.
- k) Dane osobowe osób fizycznych składających wniosek o wpis do CEIDG z informacją o niepodjęciu działalności gospodarczej będą usuwane po upływie 10 lat od dnia złożenia wniosku, zgodnie z art. 49 ust. 3 Ustawy.
- l) Dane osobowe prokurentów oraz pełnomocników będą przechowywane do dnia zakończenia ich publikacji w CEIDG zgodnie z art. 39 ust. 8 Ustawy.

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

Rejestracja w CEIDG i wszelkie czynności związane z wpisem są **bezpłatne**.  
Co dalej po rejestracji firmy? Sprawdź na [biznes.gov.pl/porejestracji](http://biznes.gov.pl/porejestracji)