

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 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 (*).

Miejsce na pieczęć i podpis

| | |
|---|--|
| 01. Rodzaj Wniosku: <input type="checkbox"/> 1 - wniosek o wpis do CEIDG <input type="checkbox"/> 2 - wniosek o zmianę wpisu w CEIDG. Data powstania zmiany (RRRR-MM-DD): _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ <input type="checkbox"/> 3 - wniosek o wpis informacji o zawieszeniu działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> 4 - wniosek o wpis informacji o wznowieniu działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> 5 - wniosek o wykreślenie wpisu w CEIDG | 02. Miejsce i data złożenia wniosku (wypełnia urząd): 02.1. Nazwa urzędu, w którym składany jest wniosek: _____ _____ 02.2. data złożenia wniosku: _____ |
|---|--|

03. Dane wnioskodawcy:

| | |
|---|--|
| 1. Płeć*: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> | 2a. Rodzaj dokumentu tożsamości*: Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> , podać jaki 2b. Seria i nr dokumentu tożsamości*: |
|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| 3. PESEL*: _____ Nie posiadam numeru PESEL <input type="checkbox"/> | 4. NIP*: _____ Nie posiadam numeru NIP <input type="checkbox"/> | 5. REGON*: _____ Nie posiadam numeru REGON <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|

| | |
|---|--|
| 6. Nazwisko*: _____ 8. Nazwisko rodowe: _____ 10. Imię ojca*: _____ 12. Miejsce urodzenia*: _____ 14. Posiadane obywatelstwa: <input type="checkbox"/> polskie Inne: | 7. Imię pierwsze*: _____ 9. Imię drugie: (o ile posiada) _____ 11. Imię matki*: _____ 13. Data urodzenia*: _____ (RRRR-MM-DD) |
|---|--|

15. Zgodnie z art. 233 §6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 533 z późn.zm.) 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*.

- tak, składam oświadczenie - nie składam oświadczenia

03.1. Jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 13 ust. 2 , ust. 4 ust. 5 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

03.2. Dane dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca:

| | | |
|---|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Data wydania dokumentu: _ _ _ _ - _ _ - _ _ (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. Nr 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: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: | 7. Nr lokalu: |

06. Firma przedsiębiorcy, którego wniosek dotyczy* (nazwa firmy musi zawierać Imię i Nazwisko przedsiębiorcy):

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 06.1. Przewidywana liczba pracujących*: | <input type="checkbox"/> 06.2. Przewidywana liczba zatrudnionych*: |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 06.3. Rodzaje działalności gospodarczej symbol (5-znakowy) wg PKD 2007 | | | Przeważający*: <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"/> 07. Nazwa skrócona: | | | <input type="checkbox"/> 08. Data rozpoczęcia działalności*: ____-____-____ (RRRR-MM-DD) | | |
| <input type="checkbox"/> 09. Dane do kontaktu: | | | | | |
| 1. Numer telefonu: | | | 2. Adres poczty elektronicznej*: | | |
| 3. Numer faksu: | | | 4. Strona WWW*: | | |
| 10. Główne miejsce wykonywania działalności gospodarczej: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10.1. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej (jeśli jest inny niż podany w rubryce 04.)*: | | | | | |
| 1. Województwo: | | 2. Powiat: | | 3. Gmina: | |
| 4. Miejscowość: | | 5. Ulica: | | 6. Nr nieruchomości/domu: | 7. Nr lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: | | | | |
| 10. Opis nietypowego miejsca: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10.2. Adres do doręczeń (jeśli jest inny niż podany w rubryce 10.1): | | | | | |
| 1. Adresat: | | | | | |
| 2. Województwo: | | 3. Powiat: | | 4. Gmina: | |
| 5. Miejscowość: | | 6. Ulica: | | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Nr lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | | | 11. Skrytka pocztowa: | |
| 11. Dodatkowe miejsce wykonywania działalności gospodarczej: | | | | | |
| 11.1. Numer identyfikacyjny REGON: _____ | | | | | Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 11.2. Nazwa jednostki lokalnej: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11.3. Adres dodatkowego miejsca wykonywania działalności gospodarczej: | | | | | |
| 1. Kraj: | 2. Województwo: | | 3. Powiat: | | 4. Gmina: |
| 5. Miejscowość: | | 6. Ulica: | | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Nr lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | | | | |
| 11. Opis nietypowego miejsca: | | | | | |
| 12. Wskazany adres dotyczy miejsca wykonywania działalności przez : <input type="checkbox"/> przedsiębiorcę <input type="checkbox"/> spółkę cywilną, w której przedsiębiorca uczestniczy | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11.4. Przewidywana liczba pracujących:..... | | | <input type="checkbox"/> 11.5. Przewidywana liczba zatrudnionych:..... | | |
| <input type="checkbox"/> 11.6. Data rozpoczęcia działalności jednostki. ____-____-____ (RRRR-MM-DD) | | | <input type="checkbox"/> 11.7. Jednostka samodzielnie bilansująca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| <input type="checkbox"/> 11.8. Rodzaje działalności gospodarczej wykonywanej w tej lokalizacji symbol (5-znakowy) wg PKD 2007 | | | Przeważający*: <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. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD): _____ | | | |
| <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 | | | |
| 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 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"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | | |
| b) składałem wraz z niniejszym wnioskiem: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | | |
| 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"/> 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) | | 2. Przewidywany okres zawieszenia do dnia: _____ - _____ - _____ (RRRR-MM-DD) | |
| 3. Oświadczam, że w okresie zawieszenia nie będę zatrudniał(a) pracowników w ramach zawieszanej działalności: <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 15. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 1. Data wznowienia działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 16. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 1. Data zaprzestania działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 17. Informacja dotycząca naczelników urzędów skarbowych: | | | |
| 17.1. Naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatków: | | 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"/> 18. Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych będę opłacać w formie*: | | | |
| 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"/> dołączam wniosek PIT-16 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 19. Forma wpłaty zaliczki*: <input type="checkbox"/> Miesięczna <input type="checkbox"/> Kwartalna <input type="checkbox"/> Uproszczona | | | |
| <input type="checkbox"/> 20. Rodzaj prowadzonej dokumentacji rachunkowej*: | | | |
| 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"/> 21. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy: | | | |
| 1. Firma: | | 2. NIP: | |
| <input type="checkbox"/> 22. Adres miejsca przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy: | | | |
| 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. Nr lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | | |
| <input type="checkbox"/> 23. Prowadzę zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 24. Prowadzę zagraniczne przedsiębiorstwo drobnej wytwórczości <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 25. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 26. Jestem współnikiem spółki/spółek cywilnych*: <input type="checkbox"/> Nie zawarłem umów spółek cywilnych | | | |
| 1. NIP spółki: | 2. REGON spółki: | 3. Zawieszam działalność w spółce od dnia: _____ - _____ - _____ (RRRR-MM-DD) | |
| 4. Przewidywany okres zawieszenia działalności w spółce do dnia: _____ - _____ - _____ (RRRR-MM-DD) | 5. Nie jestem współnikiem w spółce od dnia: _____ - _____ - _____ (RRRR-MM-DD) | 6. Wznawiam działalność w spółce od dnia: _____ - _____ - _____ (RRRR-MM-DD) | |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-SC <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 27. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej*: | | | |
| 1. Łączy mnie z małżonkiem wspólnosc majątkowa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | 2. Małżeńska wspólnosc majątkowa ustala dnia: _____ - _____ - _____ (RRRR-MM-DD) | |

| | | | | |
|--|----------------|--|--|--|
| 28. Dane identyfikacyjne rachunków bankowych wnioskodawcy: | | | | |
| <input type="checkbox"/> 28.1 Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej: | | | | |
| 1.Kraj siedziby banku (oddziału): | | 2.Pełna nazwa banku (oddziału): | | |
| 3.Posiadacz rachunku: | | | | |
| 4.Nr rachunku (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"/> 28.2. Osobisty rachunek bankowy (niezwiązany z prowadzeniem działalności gospodarczej) | | | | |
| 1.Kraj siedziby banku (oddziału): | | 2.Pełna nazwa banku (oddziału): | | |
| 3.Posiadacz rachunku: | | | | |
| 4.Nr rachunku (26 znaków): | | | | 5.Rezygnacja <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 29. Informacja o numerach identyfikacyjnych uzyskanych w innych krajach dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych: | | | | |
| 1. Kraj: | 2. Nr: | 3. Typ: Podatkowy <input type="checkbox"/> Ubezpieczeniowy <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 30. Udzieliłem pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw: (można wypełniać od 01.01.2012) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30.1. 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: | | |
| <input type="checkbox"/> 30.2. 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.Nr lokalu: | |
| 9.Kod pocztowy: | 10.Poczta: | | | |
| 11.Opis nietypowego miejsca | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30.3. 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.Nr lokalu: | |
| 8.Kod pocztowy: | 9.Poczta: | 10.Skrytka pocztowa: | | |
| 11.Adres poczty elektronicznej: | 12.Strona WWW: | Kontynuacja w załączniku CEIDG-PN <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 30.4. Zakres pełnomocnictwa: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| W zakresie rejestru CEIDG pełnomocnictwo obejmuje następujące czynności: | | | | |
| <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"/> 31. Dołączam następujące dokumenty: (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/pełnomocnika | |