

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

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

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

Wniosek dotyczy również aktualizacji danych nieobjętych wpisem do CEIDG.

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

Miejsce na kod paskowy

01. Rodzaj wniosku:

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

02. Miejsce i data złożenia wniosku: (wypełnia urząd)

02.1. Nazwa urzędu, w którym składany jest wniosek:

02.2. Data złożenia wniosku:

____-____-____
(RRRR-MM-DD)

02.3. Wniosek złożony przez: Przedsiębiorcę Osobę uprawnioną

03. Dane wnioskodawcy:

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

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

03.2. Dane dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca:

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

04. Adres zamieszkania wnioskodawcy:

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

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

| | | |
|------------------|------------|---------------------------|
| 1. Województwo: | 2. Powiat: | 3. Gmina: |
| 4. Miejscowość: | 5. Ulica: | 6. Nr nieruchomości/domu: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: | 7. Numer 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"/> 06.02. 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: | | | Sprzeciwiam się udostępnianiu danych kontaktowych z CEIDG <input type="checkbox"/> | | |
| 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 (jeżeli inny niż podany w rubryce 04)*: | | | | | |
| 1. Województwo: | | 2. Powiat: | | 3. Gmina: | |
| 4. Miejscowość: | | 5. Ulica: | | 6. Nr nieruchomości/domu: | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | | 9. Poczta: | | | |
| 10. Opis nietypowego miejsca: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10.2. Adres do doręczeń (jeżeli inny niż podany w rubryce 10.1)*: | | | | | |
| 1. Adresat: | | | | | |
| 2. Województwo: | | 3. Powiat: | | 4. Gmina: | |
| 5. Miejscowość: | | 6. Ulica: | | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer 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. Numer 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 samobilansująca <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"/> | | | | | |

12.1. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____

12.2. Jestem ubezpieczony za granicą.

13. Dane dla potrzeb KRUS:

13.1. Oświadczam, że:

1) moje sprawy prowadzi jednostka terenowa KRUS:.....

2) chcę kontynuować ubezpieczenie społeczne rolników: **Tak** **Nie**

3) w poprzednim roku podatkowym:

a) prowadziłem(am) pozarolniczą działalność gospodarczą: **Tak** **Nie**

b) współpracowałem(am) przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej: **Tak** **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: **Tak** **Nie**

b) składałem wraz z niniejszym wnioskiem: **Tak** **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: **Tak** **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: **Tak** **Nie**

14. Informacja o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej:

1. Data rozpoczęcia zawieszenia: _____ - ____ - ____
(RRRR-MM-DD)

2. Zawieszenie w celu opieki nad dzieckiem do dnia: _____ - ____ - ____
(RRRR-MM-DD)

3. Oświadczam, że w okresie zawieszenia nie będę zatrudniał(a) pracowników w ramach zawieszanej działalności:

4. Zawieszam działalność na podstawie art. 14a ust. 1d SDG – w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem:

15. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej:

1. Data wznowienia działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____

16. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej:

1. Data zaprzestania działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - ____ - ____

2. Nie podjęto działalności 3. Przekształcenie w jednoosobową spółkę kapitałową

17. Informacja dotycząca naczelników urzędów skarbowych:

17.1. Naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatników:

1) aktualny*:.....

2) poprzedni:.....

17.2. Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych (jeżeli inny niż w rubryce 17.1):
.....

18. Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych będę opłacać w formie*:

1. na zasadach ogólnych 2. liniowy 3. ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych 4. karty podatkowej
dołączam wniosek PIT-16

19. Forma wpłat zaliczki*: Miesięczna Kwartalna Uproszczona

20. Rodzaj prowadzonej dokumentacji rachunkowej*:

1. księgi rachunkowe 2. podatkowa księga przychodów i rozchodów 3. inne ewidencje 4. nie jest prowadzona

21. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy:

1. Firma: _____ 2. NIP: _____ Rozwiązanie umowy

22. Adres przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy:

jest taki sam jak w rubryce: 04. 05. 10. 11.

1. Kraj: _____ 2. Województwo: _____ 3. Powiat: _____ 4. Gmina: _____

5. Miejscowość: _____ 6. Ulica: _____ 7. Nr nieruchomości/domu: _____ 8. Numer lokalu: _____

9. Kod pocztowy: _____ 10. Poczta: _____

23. Prowadzę zakład pracy chronionej

24. Prowadzę zagraniczne przedsiębiorstwo drobnej wytwórczości

25. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych **Tak** **Nie**

26. Jestem współnikiem spółki/spółek cywilnych*:

1. NIP spółki: _____ 2. REGON spółki: _____ Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG

3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia: _____ - ____ - ____
(RRRR-MM-DD) 4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia: _____ - ____ - ____
(RRRR-MM-DD)

Kontynuacja w załączniku CEIDG-S.C.

27. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej*:

1. Łączy mnie z małżonkiem wspólność majątkowa: **Tak** **Nie / Nie dotyczy**

2. Małżeńska wspólność majątkowa ustała 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. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): | | | | | | 5. Likwidacja <input type="checkbox"/> | |
| 6. Rachunek, na który dokonywany będzie zwrot podatku <input type="checkbox"/> | | | | | | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 28.2. Osobisty rachunek bankowy (niezwiązany z prowadzeniem działalności gospodarczej): | | | | | | | |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału): | | | | 2. Pełna nazwa banku (oddziału): | | | |
| 3. Posiadacz rachunku: | | | | | | | |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): | | | | | | 5. Rezygnacja <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 29. Informacja o numerach identyfikacyjnych uzyskanych w innych krajach dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych: | | | | | | | |
| 1. Kraj: | | 2. Numer: | | 3. Typ: Podatkowy <input type="checkbox"/> | | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Ubezpieczeniowy <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 30. Udzieliłem pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw: | | | | | | | |
| <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 zamieszkania lub wykonywania działalności gospodarczej lub siedziba pełnomocnika: | | | | | | | |
| 1. Kraj: | | 2. Województwo: | | 3. Powiat: | | 4. Gmina: | |
| 5. Miejscowość: | | | 6. Ulica: | | 7. Nr nieruchomości/domu: | | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | | | 10. Poczta: | | | | |
| 11. Opis nietypowego miejsca: | | | | | | | |
| <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. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | | | 9. Poczta: | | 10. Skrytka pocztowa: | | |
| 11. Adres poczty elektronicznej: | | | 12. Strona WWW: | | 13. Numer telefonu: | | |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-PN <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 przedsiębiorcy / osoby uprawnionej | | | |