

EDG-1 WNIOSEK O WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ			
Wniosek ten stanowi jednocześnie zgłoszenie do ZUS/KRUS, urzędu statystycznego oraz naczelnika urzędu skarbowego Wniosek dotyczy osoby fizycznej podlegającej wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej			
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją			
Jeśli wniosek dotyczy wpisu do ewidencji należy wypełnić rubryki oznaczone gwiazdką (*) oraz inne			
01. Rodzaj wniosku:* zaznacz w <input type="checkbox"/> znakiem X wybraną opcję wniosku <input type="checkbox"/> 1-wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> 2- wniosek o zmianę wpisu w ewidencji działalności gospodarczej <input checked="" type="checkbox"/> 3- wniosek o wpis informacji o zawieszaniu działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> 4-wniosek o wpis informacji o wznowieniu działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> 5-zawiadomienia o zaprzestaniu działalności gospodarczej		02. Nazwa i adres organu ewidencyjnego:* ZARZĄD DZIELNICY ŻOLIBORZ 03.1. Właściwy naczelnik urzędu skarbowego:* I URZĄD SKARBOWY WARSZAWA-ŚRÓDMIEŚCIE 03.2. Poprzednio właściwy naczelnik urzędu skarbowego: 04. Urząd Statystyczny w:* WARSZAWIE 05. Nazwa i adres jednostki ubezpieczeń społecznych:* ZUS, UL. KASPROWICZA 151, WARSZAWA	
06.Nr wpisu w EDG: 123456			
I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY:			
<input type="checkbox"/> 07. Dane osobowe:		1.Płeć (K/M):*	2.Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> *
		M	DOWÓD OSOBISTY AAA123456
3.PESEL: 80023078910		4.NIP: 123-456-78-90	5.REGON: 123456789
6.Nazwisko:* KOWALSKI		7.Imię pierwsze:* JAN	
8.Nazwisko rodowe.		9.Imię drugie: WOJCIECH	
10.Imię ojca:* MIROŚLAW		11.Imię matki:* ANNA	
12.Miejsce urodzenia:* WARSZAWA		13.Data urodzenia (RRRRMMDD):*	
14.Posiadane obywatelstwa:* POLSKIE		1980 02 30	
<input type="checkbox"/> 08. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy:			
1.Kraj:	2.Województwo:*	3.Powiat:*	4.Gmina:*
POLSKA	MAZOWIECKIE	M.ST. WARSZAWY	ŻOLIBORZ
5.Miejscowość:	6.Ulica:	7.Nr nieruchomości:	3.Nr lokalu:
WARSZAWA	JULIUSZA SŁOWACKIEGO	6/8	1
9.Kod pocztowy:*	10.Poczta:*		
01-627	WARSZAWA		
11. Opis nietypowego miejsca lokalizacji:			
<input type="checkbox"/> 09. Adres miejsca zameldowania wnioskodawcy (jeśli inny niż w rubryce 08):			
1. Województwo.		2. Powiat:	
4. Miejscowość:		3. Gmina:	
5. Ulica:		6. Nr nieruchomości:	
8. Kod pocztowy:		7. Nr lokalu:	
9. Poczta			
II. DANE DO WNIOSKU O WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ			
<input type="checkbox"/> 10. Oznaczenie przedsiębiorcy, którego wniosek dotyczy:* JAN KOWALSKI PIXEL			
<input type="checkbox"/> 11. Nazwa skrócona: PIXEL		<input type="checkbox"/> 12. Data rozpoczęcia działalności (RRRRMMDD):* 2009 04 10	
<input type="checkbox"/> 13. Rodzaje działalności gospodarczej * (na pierwszym miejscu należy wskazać przeważający rodzaj działalności; pozostałe symbole w załączniku EDG-RD)			
symbol (5-znakowy) wg PKD 2007		symbol (5-znakowy) wg PKD 2004	
1.	2.	1.	2.
3.	4.	3.	4.
5.	6.	5.	6.
7.	8.	7.	8.
9.	10.	9.	10.

<input type="checkbox"/> 14. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej (jeśli jest inny niż w rubryce 08):			
1. Województwo: MAZOWIECKIE		2. Powiat: M.ST. WARSZAWY	3. Gmina: ŻOLIBORZ
4. Miejscowość: WARSZAWA	5. Ulica: ADAMA MICKIEWICZA	6. Nr nieruchomości: 5	7. Nr lokalu: 8
8. Kod pocztowy: 01-517		9. Poczta: WARSZAWA	
10. Opis nietypowego miejsca lokalizacji:			
<input type="checkbox"/> 15. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż w rubryce 14):			
1. Województwo:		2. Powiat:	3. Gmina:
4. Miejscowość:	5. Ulica:	6. Nr nieruchomości:	7. Nr lokalu:
8. Kod pocztowy:		9. Poczta:	10. Skrytka pocztowa:
<input type="checkbox"/> 16. Dane do kontaktu:			
1. Nr telefonu: 606 115 202		2. Adres poczty elektronicznej: kowal@zoliborz.org.pl	
3. Numer faksu:		4. Strona WWW:	
<input type="checkbox"/> 17. Przewidywana liczba pracujących: *		<input type="checkbox"/> 18. Przewidywana liczba zatrudnionych: *	
<input type="checkbox"/> 19. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS: 2009 ■ 0 4 ■ 1 0			
<input type="checkbox"/> 20. Dane dla potrzeb KRUS:			
1. Oświadczam, że:			
1) moje sprawy prowadzi jednostka terenowa KRUS w:			
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			
b) współpracowałem(am) przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> Tak			
4) zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego o kwocie należnego podatku od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy:			
a) dostarczyłem(am) właściwej jednostce terenowej KRUS: <input type="checkbox"/>			
b) dostarczę 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"/>			
2. Załączam zaświadczenie o kwocie należnego podatku od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy: <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> 21. Informacja o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej:			
1. Data rozpoczęcia zawieszenia: 2 0 0 9 - 0 4 - 3 0		2. Przewidywany okres zawieszenia 24 miesiące	
3. Oświadczam, że nie zatrudniam obecnie pracowników w ramach wykonywanej działalności: <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 22. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej od dnia: _ _ . _ . _			
<input type="checkbox"/> 23. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej od dnia:			
<input type="checkbox"/> 24. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy:			
1. Firma:		2. NIP:	
<input type="checkbox"/> 25. Adres miejsca przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy:			
1. Kraj: *	2. Województwo: *	3. Powiat: *	4. Gmina: *
5. Miejscowość: *	6. Ulica: *	7. Nr nieruchomości: *	8. Nr lok: *
9. Kod pocztowy: *		10. Poczta: *	
<input type="checkbox"/> 26. Rodzaj prowadzonej dokumentacji rachunkowej: *			
<input type="checkbox"/> 1. Księgi rachunkowe	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Podatkowa księga przychodów i	<input type="checkbox"/> 3. Inne ewidencje	<input type="checkbox"/> 4. Nie jest prowadzona
<input type="checkbox"/> 27. Prowadzę zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> Tak		D28. Prowadzę zagraniczne przedsiębiorstwo	
<input type="checkbox"/> 29. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/ek cywilnej/ych <input type="checkbox"/> Tak			
Dołączone dokumenty, podać liczbę dokumentów/formularzy:			
<input type="checkbox"/> EDG-RD szt....; <input type="checkbox"/> EDG-MW szt....; <input type="checkbox"/> EDG-RB szt....; <input type="checkbox"/> Pełnomocnictwo/a szt....			
Własnoręczny podpis wnioskodawcy/pełnomocnika		miejscowość i data złożenia wniosku WARSZAWA, DN.	

