

**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 miejsca 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: | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: | | |

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: | | | |
| 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. 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"/> | | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 12.1. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD): ____ - ____ - ____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 12.2. Jestem ubezpieczony za granicą. <input type="checkbox"/> | | | |
| <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 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) składam 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) | | 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: <input type="checkbox"/> | | | |
| 4. Zawieszam działalność na podstawie art. 14a ust. 1d SDG – w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem: <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): ____ - ____ - ____ | | | |
| 2. Nie podjęto działalności <input type="checkbox"/> 3. Przekształcenie w jednoosobową spółkę kapitałową <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 17. Informacja dotycząca naczelników urzędów skarbowych: | | | |
| 17.1. Naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatników: | | 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 wpłat 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: | Rozwiązanie umowy <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22. Adres 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. Numer 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"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | | |
| <input type="checkbox"/> 26. Jestem wspólnikiem spółki/spółek cywilnych*: <input type="checkbox"/> Nie zawarłem umów spółek cywilnych | | | |
| 1. NIP spółki: | 2. REGON spółki: | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD) | | <input type="checkbox"/> 4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD) | |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-S.C. <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 27. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej*: | | | |
| 1. Łączy mnie małżonkiem wspólnosc majątkowa: | | 2. Małżeńska wspólnosc majątkowa ustała dnia: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD) | |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie / Nie dotyczy | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--|--|--|------------------|
| 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"/> | | | |
| 6. Rachunek na który dokonywany będzie zwrot podatku <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: (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. 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 wnioskodawcy / osoby uprawnionej | | | |