

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 (*). Rejestracja w CEIDG jest wolna od opłat a rejestr prowadzony jest przez Ministra Gospodarki. Dniem złożenia wniosku jest dzień, w którym wnioskodawca wniosek podpisał.

Miejsce na kod paskowy

01. Rodzaj Wniosku:

- ☐ 1 - wniosek o wpis do CEIDG
☐ 2 - wniosek o zmianę wpisu w CEIDG; data powstania zmiany (RRRR-MM-DD): _ _ _ _ - _ _ _ - _
☐ 3 - wniosek o wpis informacji o zawieszeniu działalności gospodarczej
☐ 4 - wniosek o wpis informacji o wznowieniu działalności gospodarczej
☐ 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 ☐
Mężczyzna ☐

2a. Rodzaj dokumentu tożsamości*:

Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny ☐, podać jaki

2b. Seria i nr dokumentu tożsamości*:

3. PESEL*: _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _
Nie posiadam numeru PESEL ☐

4. NIP*: _ _ _ _ _ _ - _ _ - _ _ _
Nie posiadam numeru NIP ☐

5. REGON*: _ _ _ _ _ _ - _ _ - _ _ _
Nie posiadam numeru REGON ☐

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*:

14. Posiadane obywatelstwa: ☐ polskie

Inne:

_ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _
(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 lub 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. 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:

7. Nr lokalu:

8. Kod pocztowy:

9. Poczta:

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

☐ 06.1. Przewidywana liczba pracujących*:.....

☐ 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 <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) 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. 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"/>			
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): _ _ _ _ - _ _ - _ _			
<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 wpłaty zaliczki*: <input type="checkbox"/> Miesięczna <input type="checkbox"/> Kwartalna <input type="checkbox"/> Oproszczona			
<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:	<input type="checkbox"/> 3. Zawieszam działalność w spółce od dnia: _____ (RRRR-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> 4. Przewidywany okres zawieszenia działalności w spółce do dnia: _____ (RRRR-MM-DD)	<input type="checkbox"/> 5. Nie jestem współnikiem w spółce od dnia: _____ (RRRR-MM-DD)	<input type="checkbox"/> 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 wspólność majątkowa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> 2. Małżeńska wspólność 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.Pocztą:			
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.Pocztą:	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		