

1. Numer Identyfikacji Podatkowej podatnika _____	2. Nr dokumentu _____	3. Status _____
--	--------------------------	--------------------

**PIT-16A**

**INFORMACJA O WYSOKOŚCI SKŁADKI  
NA Powszechnie Ubezpieczenie Zdrowotne,  
Zapłaconej i Odliczonej od Karty Podatkowej  
w poszczególnych miesiącach roku podatkowego**

4. Rok _____
-----------------

Podstawa prawna:	Art.31 ust.4 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. Nr 144, poz.930).
Składający:	Osoba fizyczna osiągająca przychody objęte zryczałtowanym podatkiem dochodowym w formie karty podatkowej, zwana dalej "podatnikiem".
Termin składania:	Do dnia 31 stycznia następnego roku podatkowego.
Miejsce składania:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informację składa się w urzędzie skarbowym właściwym według miejsca położenia zorganizowanego zakładu, wskazanego w zgłoszeniu do ewidencji działalności gospodarczej.</li> <li>Jeżeli podatnik nie dopełnił obowiązku zgłoszenia działalności do ewidencji albo gdy działalność jest wykonywana bez posiadania zorganizowanego zakładu - informację składa się w urzędzie skarbowym właściwym według miejsca zamieszkania lub siedziby spółki, a jeżeli nie można ustalić siedziby spółki - w urzędzie skarbowym właściwym według miejsca zamieszkania jednego ze współników.</li> <li>Jeżeli działalność jest prowadzona w kilku zorganizowanych zakładach na terenie objętym właściwością miejscową kilku urzędów skarbowych, właściwość ustala się według miejsca wskazanego przez podatnika jako siedziba działalności.</li> </ol>

**A. MIEJSCE SKŁADANIA INFORMACJI**

5. Urząd skarbowy, do którego adresowana jest informacja

**B. DANE PODATNIKA****B.1. DANE PERSONALNE**

6. Nazwisko _____	
7. Pierwsze imię _____	8. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok) _____-_____-_____-

**B.2. ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA**

9. Kraj _____	10. Województwo _____	11. Powiat _____
12. Gmina _____	13. Ulica _____	14. Nr domu _____
15. Nr lokalu _____	16. Miejscowość _____	17. Kod pocztowy _____
18. Poczta _____		

**C. KWOTY SKŁADEK NA Powszechnie Ubezpieczenie Zdrowotne, Zapłacone i Odliczone od Karty Podatkowej\*)**

Miesiąc	Zapłacona kwota składek		Odliczona kwota składek		Miesiąc	Zapłacona kwota składek		Odliczona kwota składek	
	zł.	gr	zł.	gr		zł.	gr	zł.	gr
<b>I</b>	19.		20.		<b>VII</b>	31.		32.	
<b>II</b>	21.		22.		<b>VIII</b>	33.		34.	
<b>III</b>	23.		24.		<b>IX</b>	35.		36.	
<b>IV</b>	25.		26.		<b>X</b>	37.		38.	
<b>V</b>	27.		28.		<b>XI</b>	39.		40.	
<b>VI</b>	29.		30.		<b>XII</b>	41.		42.	

**D. OSWIADCZENIE I PODPIS PODATNIKA**

Oświadczam, że są mi znane przepisy Kodeksu karnego skarbowego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

43. Imię _____	44. Nazwisko _____	45. Data wypełnienia informacji (dzień - miesiąc - rok) _____-_____-_____-	46. Podpis podatnika _____
-------------------	-----------------------	---	-------------------------------

\*) Karta podatkowa ulega obniżeniu o kwotę składki na powszechnie ubezpieczenie zdrowotne, o ile nie została ona odliczona od podatku dochodowego. Kwota składki nie może przekroczyć 7,5% podstawy wymiaru składki, określonej w odrębnych przepisach. Wysokość wydatków na te cele ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających ich poniesienie.