



Rzeczpospolita Polska

Adresat

## Wniosek o wydanie zaświadczenia o miejscu zamieszkania lub siedziby dla celów podatkowych Certyfikat Rezydencji Podatkowej (CFR-1)

### 1. Tryb złożenia wniosku

W czym imieniu jest składany wniosek                      we własnym imieniu                      jako pełnomocnik

### 2. Dane pełnomocnika

#### 2.1. Dane identyfikacyjne

Identyfikator podatkowy	PESEL	NIP
Numer PESEL		
NIP		
Imię pierwsze		
Nazwisko		

#### 2.2. Dane kontaktowe pełnomocnika

Numer telefonu    +48

Adres e-mail

Na adres elektronicznej skrzynki pełnomocnika ePUAP

### 3. Dane podatnika

Identyfikator podatkowy	PESEL	NIP
Numer PESEL		
NIP		
Imię pierwsze		

Nazwisko

Data urodzenia

### 3.2. Adres zamieszkania

---

Kraj

Województwo

Powiat

Gmina

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

### 4. Dane kontaktowe wnioskodawcy

---

Numer telefonu +48

Adres e-mail

### 5. Treść wniosku

---

Zwracam się z wnioskiem o wydanie zaświadczenia o miejscu zamieszkania \_\_\_\_\_ siedziby \_\_\_\_\_ dla celów podatkowych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz o podleganiu nieograniczonemu obowiązkowi podatkowemu w rozumieniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a państwem

Podaj nazwę kraju

Za okres

od dnia \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ do dnia \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

wnoszę o niewypełnienie pozycji 2 formularza CFR-1 tj. daty do dnia (dotyczy wnioskodawcy, który na dzień wydania zaświadczenia zamieszkuje lub posiada siedzibę dla celów podatkowych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej).

### 6. Cel wydania zaświadczenia i opłata skarbową

---

Cel wydania zaświadczenia

Zapłaciłem opłatę skarbową w wysokości 17 zł

TAK

NIE

Załączyłem potwierdzenie wniesienia opłaty skarbowej

TAK

NIE

Oświadczam, że zaświadczenie nie  
podlega opłacie skarbowej

TAK

NIE

## 7. Załączniki

---

Potwierdzenie wniesienia opłaty  
skarbowej za wydanie zaświadczenia

TAK

NIE

Potwierdzenie wniesienia opłaty  
skarbowej za pełnomocnictwo

TAK

NIE

Zaświadczenie o korzystaniu ze  
świadczeń pomocy społecznej z powodu  
ubóstwa

TAK

NIE

## 8. Sposób odbioru

---

Osobiście

TAK

NIE

Przez osobę upoważnioną wymienioną  
w punkcie 2

TAK

NIE

Przez osobę upoważnioną tylko do  
odbioru zaświadczenia

TAK

NIE

Imię i Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Rodzaj dokumentu stwierdzającego  
tożsamości  
Seria i numer dokumentu  
stwierdzającego tożsamość

Za pośrednictwem poczty na adres  
pocztowy

TAK

NIE

Ulica i numer domu / mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Na adres elektronicznej skrzynki  
użytkownika ePUAP

## 9. Data i podpis składającego wniosek

---

Data

*DD-MM-RRRR*

Podpis