

**ZWROT PODATKU – ROZLICZENIE  
 Z HOLENDERSKIM URZĘDEM SKARBOWYM**

|  |  |
| --- | --- |
| UWAGA | Koszt usługi |
| Aby w jak najlepszy i najszybszy sposób rozliczyć Pana/Panią z podatku prosimy o podanie następujących danych: | **Koszt usługi wynosi: 55 EUR / 250 PLN** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane osobowe | |  |  |
| Imię/imiona: |  | | |
| Nazwisko: |  | | |
| Data urodzenia: |  | | |
| PESEL: |  | | |
| Tel. kontaktowy: |  | | |
| Numer BSN: |  | | |
| Adres meldunku w Polsce: | | | |
| Ulica: |  | Numer domu/mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres meldunku) | | | |
| Ulica: |  | Numer domu/mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane dotyczące zatrudnienia | | |  | |  |
| Data rozpoczęcia pracy w Holandii w danym roku podatkowym: |  | | | | |
| Data zakończenia pracy w Holandii w danym roku podatkowym: |  | | | | |
| Ile miesięcy w danym roku podatkowym przepracował Pan/Pani w Holandii? |  | | | | |
| Czy w danym roku podatkowym pracował Pan/Pani w Polsce?  Jeśli TAK, dołącz PITy |  | | | | |
| Czy miał Pan/Pani zasiłek dla bezrobotnych w danym roku podatkowym?  prosimy o zaznaczenie TAK lub NIE | **TAK** | **NIE** | Jeśli TAK, proszę podać okres trwania zasiłku:  prosimy załączyć jaaropgaaf z UWV | | Od: |
|  |  | Do: |
| Czy w danym roku podatkowym był Pan/Pani zameldowany w gminie holenderskiej? prosimy o zaznaczenie TAK lub NIE | **TAK** | **NIE** | Jeśli tak proszę podać okres meldunku: | Od:  Do: | |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informacje o partnerze fiskalnym | |  |  |
| Imię i nazwisko: |  | | |
| PESEL: |  | | |
| Numer BSN: |  | | |
| Kraj zatrudnienia: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Informacje o dzieciach | | | | |  | | | |  | | |
| Czy posiada Pan/Pani dzieci? | | | | | | | | | | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| Jeżeli TAK to prosimy o podanie następujących informacji: | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | Data urodzenia: | | |  | PESEL: | | |  | |
| Imię i nazwisko: |  | | Data urodzenia: | | |  | PESEL: | | |  | |
| Imię i nazwisko: |  | | Data urodzenia: | | |  | PESEL: | | |  | |
| Adres meldunku dzieci: | | | | | | | | | | | |
| Ulica: | |  | | Numer domu/mieszkania: | | | |  | | | |
| Kod pocztowy: | |  | | Miejscowość: | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dodatkowe informacje | | |  | |  | | |
| Odpowiedź prosimy zaznaczyć za pomocą X przy opcji TAK lub NIE | | | | | | TAK | NIE |
| Czy jest Pan/Pani samotnym rodzicem? | | | | | |  |  |
| Czy dziecko mieszka z Panem/Panią? | | | | | |  |  |
| Czy jest Pan/Pani zameldowany wraz z dzieckiem? | | | | | |  |  |
| Jeżeli TAK to prosimy o podanie następujących informacji: | | | | | | | |
| Adres zameldowania: | | | | | | | |
| Ulica: |  | Numer domu/mieszkania: | |  | | | |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: | |  | | | |
| Okres zameldowania: |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane konta bankowego | | | |
| Numer konta bankowego w formacie IBAN: |  | | |
| Nazwa banku: |  | | |
| Kod SWIFT banku: |  | | |
| Czy podane przez Pana/Panią konto jest znane w Belastingdienst i otrzymywał Pan/Pani na nie jakieś wpłaty? | | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| **Jeśli na poprzednie pytanie odpowiedział Pan/Pani TAK, wpłaty będą automatycznie przelewane na podane konto.** | | | |
| W przypadku, gdy Belastingdienst nie zna konta bankowego lub gdy chce go Pan/Pani zmienić prosimy o wypełnienie poniższej ankiety (koszt podania konta do Belastingdienst to 30€) | | | |
| Czy chce Pan/Pani zmienić lub podać nowy numer konta do Belastingdienst? | | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| Szanowny kliencie pamiętaj, że podatnik musi być właścicielem lub współwłaścicielem konta. W przypadku chęci podania nowego konta prosimy o przesłanie wyciągu bankowego z ostatniego miesiąca oraz kolorową kopię dowodu osobistego. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Załączniki |  |
| **Do niniejszego formularza dołączam następujące załączniki** (jeśli nie – prosimy wykreślić) | 1. Jaaropgaaf |
| 1. PIT |
| 1. Kopia dowodu |
| 1. Wyciąg bankowy |

|  |
| --- |
| UWAGA |
| Usługa zostanie wykonana na podstawie faktury po zaksięgowaniu wpłaty od klienta. |

|  |
| --- |
|  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją zwrotu podatku oraz celów marketingowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych DZ.U.97 nr 133 poz.833). Oświadczam, że biorę odpowiedzialność za wszelkie podane przeze mnie dane oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

|  |
| --- |
|  |

Akceptuję postanowienia Regulaminu Serwisu Internetowego.

Jeżeli wyrażasz zgodę dot. RODO oraz akceptujesz Regulamin Serwisu Internetowego zaznacz X.