

## OŚWIADCZENIE

### dla potrzeb ustalenia ustawodawstwa właściwego do wypłaty świadczeń rodzinnych i/lub świadczenia wychowawczego

(w przypadku przemieszczania się członków rodziny w granicach państw UE, EOG lub Szwajcarii)

#### Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko: .....

Adres zameldowania: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer PESEL: .....

Stan cywilny: .....

Tel.: .....

E-mail: .....

(proszę o zaznaczenie )

zamieszkuję w Polsce

zamieszkuję poza granicami Polski w ..... (wymień kraj) od \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (dzień-miesiąc-rok)

#### PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ZAMIESZKUJE PAN/PANI W POLSCE:

CZY W OKRESIE ZAMIESZKIWANIA I/LUB WYKONYWANIA PRACY PRZEZ RODZICA DZIECKA/DZIECI LUB CZŁONKA PANA/PANI RODZINY POZA GRANICAMI POLSKI JEST PAN/PANI AKTYWNY/A ZAWODOWO W POLSCE, tj. czy są za Pana/Panią opłacane składki na ubezpieczenia społeczne ?

(proszę o zaznaczenie )

nie jestem aktywny/a zawodowo w Polsce

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana</u> w Urzędzie Pracy od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <u>bez prawa do świadczeń</u> z tytułu bezrobocia od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobieram emeryturę lub rentę uzyskaną w Polsce od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobierałem/am zasiłek chorobowy* lub świadczenie rehabilitacyjne* przysługujące po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w okresach od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) *) <b>niepotrzebne skreślić</b>

jestem aktywny/a zawodowo w Polsce jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny w Polsce w okresach od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek w Polsce od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane w Polsce od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczenia rolników KRUS od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)

**PROSZĘ O DOŁĄCZENIE DOKUMENTU/ÓW (np. zaświadczenie pracodawcy lub KRUS, kopia umowy o pracę, decyzja PUP itp.) POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.**

**PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ZAMIESZKUJE PAN/PANI POZA GRANICAMI POLSKI:**

(proszę o zaznaczenie )

nie jestem aktywny/a zawodowo poza granicami Polski

<input type="checkbox"/>	pobieram emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
--------------------------	---

jestem aktywny/a zawodowo poza granicami Polski w ..... (wymień kraj) jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwa członkowskiego, w którym wykonywana jest praca w okresach od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)  Nazwa i adres pracodawcy: ..... .....  <u>Z tytułu wykonywania pracy poza granicami kraju składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <b><u>(PONIŻSZE POLA DOTYCZĄ JEDYNIEM PRACOWNIKÓW ODDELEGOWANYCH)</u></b> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)  <u>Z tytułu prowadzenie działalności gospodarczej składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	inne świadczenia (zasiłek chorobowy*, zasiłek dla osób poszukujących pracy*, zasiłek macierzyński* i/lub rodzicielski*, inne, jakie .....) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)  *) <b>niepotrzebne skreślić</b>

**INFORMACJE DOTYCZĄCE DRUGIEGO Z RODZICÓW DZIECKA/DZIECI:**

Imię i nazwisko ojca/matki dziecka/dzieci: .....PESEL .....

Ostatni adres zameldowania w Polsce:.....

Ostatni adres zamieszkania w Polsce:.....

(proszę o zaznaczenie )

nie posiadam informacji o miejscu zamieszkania ojca/matki dziecka/dzieci

zamieszkuje w Polsce

pod adresem : .....

zamieszkuje poza granicami Polski w ..... (wymień kraj) od ..... (dzień-miesiąc-rok)

pod adresem : .....

**PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DRUGI Z RODZICÓW ZAMIESZKUJE W POLSCE:**

**CZY W OKRESIE ZAMIESZKIWANIA I/LUB WYKONYWANIA PRACY PRZEZ OJCA/MATKĘ DZIECI LUB CZŁONKA PANA/PANI RODZINY POZA GRANICAMI POLSKI DRUGI Z RODZICÓW JEST AKTYWNY ZAWODOWO W POLSCE, tj. czy są za niego opłacane składki na ubezpieczenia społeczne ?**

(proszę o zaznaczenie )

nie posiadam informacji o aktywności zawodowej ojca/matki dziecka/dzieci

nie jest aktywny/a zawodowo w Polsce

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna <u>nie zarejestrowana</u> w Urzędzie Pracy od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <u>bez prawa do świadczeń</u> z tytułu bezrobocia od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobiera emeryturę lub rentę uzyskaną w Polsce od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobierał/a zasiłek chorobowy* lub świadczenie rehabilitacyjne* przysługujące po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w okresach od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) *) <b>niepotrzebne skreślić</b>

jest aktywny/a zawodowo w Polsce jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny w Polsce w okresach od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek w Polsce od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane w Polsce od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczenia rolników KRUS od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)

**PROSZĘ O DOŁĄCZENIE DOKUMENTU/ÓW (np. zaświadczenie pracodawcy lub KRUS, kopia umowy o pracę, decyzja PUP itp.) POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.**

**PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DRUGI Z RODZICÓW ZAMIESZKUJE POZA GRANICAMI POLSKI:**

(proszę o zaznaczenie )

nie jest aktywny/a zawodowo poza granicami Polski

<input type="checkbox"/>	pobiera emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
--------------------------	---

jest aktywny/a zawodowo poza granicami Polski w \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (wymień kraj) jako

<input type="checkbox"/>	<p>pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwa członkowskiego, w którym wykonywana jest praca w okresach</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>Nazwa i adres pracodawcy: .....</p> <p>.....</p> <p><u>Z tytułu wykonywania pracy poza granicami kraju składki na ubezpieczenia społeczne:</u></p> <p><input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce</p> <p><input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>osoba prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium innego państwa członkowskiego</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p><u>Z tytułu prowadzenie działalności gospodarczej składki na ubezpieczenia społeczne:</u></p> <p><input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce</p> <p><input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>inne świadczenia (zasiłek chorobowy*, zasiłek dla osób poszukujących pracy*, zasiłek macierzyński* i/lub rodzicielski*, inne, jakie .....</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)</p> <p>*) <b>niepotrzebne skreślić</b></p>

### INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA/DZIECI:

- Dziecko/dzieci
- a) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....
- b) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....
- c) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....
- d) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

mieszka/mieszkają: (proszę o zaznaczenie )

- w Polsce
- w innym kraju (jakim) ..... od \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (dzień-miesiąc-rok)

wraz z matką\* / z ojcem\* / z inną osobą\* (proszę wskazać stopień pokrewieństwa z dzieckiem) .....

tj.: z Panią\*/Panem\* .....

pod adresem : .....

\*) **niepotrzebne skreślić**

(proszę o zaznaczenie )

W Polsce nie były wypłacane świadczenia rodzinne / świadczenie wychowawcze na dziecko / dzieci

W Polsce były wypłacane świadczenia rodzinne / świadczenie wychowawcze na dziecko / dzieci:

.....  
(wpisać który ośrodek wypłaca/ł świadczenia)

.....  
(wpisać dane wnioskowany)

## **INFORMACJE DOTYCZĄCE CZŁONKA RODZINY (RODZICA) PRZEBYWAJĄCEGO POZA GRANICAMI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ:**

Numer zagranicznego ubezpieczenia społecznego .....

**Czy został złożony wniosek o zagraniczne świadczenia rodzinne ?**

(proszę o zaznaczenie )

nie

tak

w okresie od \_ / \_ / \_ \_ \_ \_ (dzień-miesiąc-rok) Pan/Pani ..... pobierał/a  
świadczenia rodzinne w ..... (wymień kraj)

na dziecko ..... w wysokości ..... (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

na dziecko ..... w wysokości ..... (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

na dziecko ..... w wysokości ..... (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

na dziecko ..... w wysokości ..... (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

.....  
.....  
.....  
(podać nazwę i adres instytucji, w której został złożony wniosek oraz numer sprawy w instytucji zagranicznej)

## **SKŁAD RODZINY:**

Proszę wypisać poniżej wszystkich członków rodziny, z którymi prowadzi Pani/Pan wspólne gospodarstwo domowe (**imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa**). W szczególności w skład rodziny wchodzi:

- wnioskodawca,
- dziecko/ dzieci, na które są wnioskowane świadczenia,
- dziecko/dzieci w wieku do ukończenia 25 r. życia, na które nie zostały złożone wnioski o świadczenia, ale które pozostają na Pani/ Pana utrzymaniu,
- dziecko/dzieci, które ukończyło 25. rok życia, legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna,
- małżonek / drugi rodzic / konkubent (w przypadku wychowywania wspólnego dziecka)
- opiekun faktyczny dziecka,

Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

- |    |                            |         |                          |
|----|----------------------------|---------|--------------------------|
| 1) | .....<br>(imię i nazwisko) | (PESEL) | ( stopień pokrewieństwa) |
| 2) | .....<br>(imię i nazwisko) | (PESEL) | ( stopień pokrewieństwa) |
| 3) | .....<br>(imię i nazwisko) | (PESEL) | ( stopień pokrewieństwa) |
| 4) | .....<br>(imię i nazwisko) | (PESEL) | ( stopień pokrewieństwa) |
| 5) | .....<br>(imię i nazwisko) | (PESEL) | ( stopień pokrewieństwa) |
| 6) | .....<br>(imię i nazwisko) | (PESEL) | ( stopień pokrewieństwa) |

**Dodatkowe informacje** (np.: data rozwodu, data zawarcia związku małżeńskiego):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### Klauzula odpowiedzialności karnej

##### POUCZENIE

Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm.):

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

§ 4. Kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu określonym w § 1, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 4 działa nieumyślnie, narażając na istotną szkodę interes publiczny, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 5. Sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia, jeżeli:

1) fałszywe zeznanie, opinia, ekspertyza lub tłumaczenie dotyczy okoliczności niemogących mieć wpływu na rozstrzygnięcie sprawy,

2) sprawca dobrowolnie sprostuje fałszywe zeznanie, opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie, zanim nastąpi, chociażby nieprawomocne, rozstrzygnięcie sprawy.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)