



ZAŚWIADCZENIE O ODDELEGOWANIU
Attestation relating to the posting of a worker

Nr
Wzór 1

**ZAŚWIADCZENIE O ODDELEGOWANIU PRACOWNIKA TRANSPORTU
DROGOWEGO LUB WODNEGO W RAMACH ŚWIADCZENIA USŁUG
PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWO TRANSPORTOWE (1)**

*POSTING OF A ROAD AND INLAND WATERWAY TRANSPORT MOBILE WORKER IN THE
FRAMEWORK OF THE PROVISION OF SERVICES BY A TRANSPORT COMPANY (1)*

Wypełnia pracodawca

To be filled out by the employer

Art. R.1331-2 kodeksu transportowego

Niniejsze zaświadczenie jest ważne nie dłużej niż 6 miesięcy od daty jego wydania

This attestation is valid for a maximum period of six months after its date of issue

Zaświadczenie jest sporządzone w dwóch egzemplarzach: jeden otrzymuje oddelegowany pracownik celem przechowywania go na pokładzie środka transportu użytego do świadczenia usługi, a drugi otrzymuje przedsiębiorstwo przyjmujące oddelegowanego pracownika.

The attestation form is drawn up in two copies, one is given to the posting worker to be kept in the vehicle which the service is provided with, the other is kept by the borrowing company of the road or inland waterway transport mobile worker.

Proszę wypełnić wszystkie pola

Please complete all headings

PRACODAWCA (*employer*)

Imię i nazwisko lub nazwa przedsiębiorstwa : _____

Business name :

Forma prawna przedsiębiorstwa: _____

Legal form

Pełny adres w kraju siedziby przedsiębiorstwa (ulica, numer, miasto, kraj): _____

Full address in country of establishment (number, street, postal code, town and country):

Nr tel.: _____

Telephone number:

Adres e-mail: _____

email :

Numer wpisu do krajowego elektronicznego rejestru przedsiębiorstw transportu drogowego (zgodnie z art. 16 rozporządzenia (WE) nr 1071/2009 z 21 października 2009 r.):

Registration number in the national electronic register of road transport undertakings (regulation (EC) n°1071/2009 of 21 october 2009)

**NAZWA/-Y ORGANU/-ÓW POBIERAJĄCEGO/-YCH SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE
SPOŁECZNE** *Name(s) of body/bodies collecting social security contributions*

DYREKTOR(ZY) PRZEDSIĘBIORSTWA *Director(s)***Dane osobowe dyrektora przedsiębiorstwa:***Identity of the company's director:***Nazwisko:** _____ **Imię:** _____*Name:**First name:***Data urodzenia:** _____ **Miejsce urodzenia (miasto i kraj):** _____*Date of birth:**Place of birth (town and country):***Dane osobowe pozostałych dyrektorów (jeśli dotyczy):** _____*Identity of others directors, when applicable:***PRZEDSTAWICIEL PRZEDSIĘBIORSTWA WE FRANCJI *Company's representative in France*****Dane osobowe przedstawiciela:***Identity of representative in France for the period of the service:***Nazwisko lub nazwa firmy:** _____*Name or Business name (when appropriate):***Imię:** _____*First name:***Pełny adres we Francji (ulica, numer, kod pocztowy, miasto):** _____*Full address in France (street number, postal code, town):*

Nr tel.: _____*Telephone number:***Adres e-mail:** _____*Email:***KOSZTY PODRÓŻY, WYŻYWIENIA I ZAKWATEROWANIA ZA 1 DZIEŃ DELEGACJI *Travel, Meals and Lodging expenses per day of posting*****Koszty podróży (proszę zaznaczyć odpowiednie pole):***Travel costs (Tick the relevant box):* Opłacone bezpośrednio przez pracodawcę*Directly paid by the employer:* Zwrot kosztów poniesionych przez pracownika*Reimbursement of expenses advanced by the worker:*

Proszę podać dokładną kwotę (w euro): _____

Specify the amount of the reimbursement, in €: Kwota ryczałtowa*Lump-Sum payment:*

Proszę podać dokładną kwotę (w euro): _____

Specify the amount of the lump-sum, in €:

Koszty żywienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole):

Meals expenses (check the relevant box) :

Opłacone bezpośrednio przez pracodawcę

Directly paid by the employer :

Zwrot kosztów poniesionych przez pracownika

Reimbursement of expenses advanced by the workers :

Proszę podać dokładną kwotę (w euro): _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Kwota ryczałtowa

Lump-Sum payment :

Proszę podać dokładną kwotę (w euro): _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

Koszty zakwaterowania, jeśli dotyczy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole):

Lodging expenses (check the relevant box) :

Opłacone bezpośrednio przez pracodawcę

Directly paid by the employer :

Zwrot kosztów poniesionych przez pracownika

Reimbursement of expenses advanced by the workers :

Proszę podać dokładną kwotę (w euro): _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Kwota ryczałtowa

Lump-Sum payment :

Proszę podać dokładną kwotę (w euro): _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

<p>DATA WYGAŚNIĘCIA ZAŚWIADCZENIA (najpóźniej 6 miesięcy od daty wydania) <i>Expiry date of the attestation (no later than six months after its issue)</i></p>

Data wygaśnięcia (*expiry date*) : _____

Wydano w _____ dn. _____
Signed in _____, on _____

Podpis i pieczęć pracodawcy:

Employer's signature and stamp

Załącznik
Appendix

**INFORMACJE O ODDELEGOWANYCH PRACOWNIKACH TRANSPORTU DROGOWEGO LUB
WODNEGO**

Information relating to the mobile posted worker

Niniejszy załącznik wypełnia pracodawca oddelegowanego do Francji pracownika transportu drogowego lub wodnego, bez względu na to, czy jest on obywatelem państwa członkowskiego UE, czy innego kraju.

The employer must complete this appendix for the mobile worker posted in France, whether he is a Community or third-country national.

Nazwisko: _____ Imię: _____
Name: First name:

Data urodzenia: _____ Miejsce urodzenia (miasto i kraj) : _____
Date of birth : Place of birth (town and country) :

Narodowość: _____
Nationality :

Adres zamieszkania: _____
Address of ordinary residence :

Data podpisania umowy o pracę: _____
Date of signature of work contract :

Prawo pracy mające zastosowanie do umowy:
Labor law applicable to the work contract :

Kwalifikacje zawodowe: _____
Professional qualification :

Wynagrodzenie brutto za godzinę pracy (podane w euro): _____
Gross hourly wage (in €)