

**CEIDG-1 WNIOSK O WPIS DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI
O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Wniosek ten stanowi jednocześnie zgłoszenie do ZUS/KRUS, GUS oraz naczelnika urzędu skarbowego.

Wniosek ten dotyczy osoby fizycznej, podlegającej wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)

Wniosek dotyczy również aktualizacji danych nieobjętych wpisem do CEIDG.

Przed wypełnieniem należy zapoznać się z instrukcją. Dniem złożenia wniosku jest dzień, w którym wnioskodawca wniosek podpisał. Rejestr CEIDG prowadzony jest przez ministra właściwego do spraw gospodarki.

Miejsce na kod paskowy

01. Rodzaj wniosku:

- 1 – wniosek o wpis do CEIDG przedsiębiorcy.
Pola wymagane we wniosku o wpis oznaczono na formularzu znakiem (*)
- 2 – wniosek o zmianę wpisu w CEIDG oraz innych danych.
Data powstania zmiany (RRRR-MM-DD): ____ - ____ - ____
- 3 – wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej.
 4 – wniosek o wznowienie wykonywania działalności gospodarczej.
 5 – wniosek o wykreślenie przedsiębiorcy z CEIDG.

02. Miejsce i data złożenia wniosku: (wypełnia urząd)**02.1. Nazwa urzędu, w którym składany jest wniosek:****02.2. Data złożenia wniosku:**____ - ____ - ____
(RRRR-MM-DD)**02.3. Wniosek złożony przez:** Przedsiębiorcę Osobę uprawnioną **03. Dane wnioskodawcy:**

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Płeć*: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> | 2a. Rodzaj dokumentu tożsamości*: Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> , podać jaki:..... |
| | 2b. Seria i numer dokumentu tożsamości *:..... |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 3. PESEL*: _____ Nie posiadam numeru PESEL <input type="checkbox"/> | 4. NIP*: _____ Nie posiadam NIP <input type="checkbox"/> | 5. REGON*: _____ Nie posiadam numeru REGON <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 6. Nazwisko*: | 7. Imię pierwsze*: |
| 8. Nazwisko rodowe: | 9. Imię drugie: (o ile posiada) |
| 10. Imię ojca*: | 11. Imię matki*: |
| 12. Miejsce urodzenia*: | 13. Data urodzenia*: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD) |
| 14. Posiadane obywatelstwa*: <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> nie posiadam żadnego obywatelstwa Inne:..... | |

15. Oświadczam, że wobec osoby, której wpis dotyczy, nie orzeczono prawomocnie zakazów, o których mowa w art. 5 ust. 2 pkt 13-15 ustawy z dnia 6 marca 2018 r o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy w zakresie działalności gospodarczej objętej wpisem, oraz, że osoba, której wpis dotyczy, posiada tytuł prawny do nieruchomości, których adresy są wpisywane do CEIDG. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 - tak, składam oświadczenie

Zgodnie z art. 233 par. 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, osoba, która składa fałszywe oświadczenie i została uprzedzona o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy, zawarcie w oświadczeniu klauzuli: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia" zastępuje pouczenie organu uprawnionego do odebrania oświadczenia o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

03.1. Jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 4 ust. 2 lub ust. 4 lub ust. 5 ustawy o zasadach uczestnictwa przedsiębiorców zagranicznych i innych osób zagranicznych w obrocie gospodarczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

03.2. Dane dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca:

| | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Data wydania dokumentu: ____ - ____ - ____ (RRRR-MM-DD) | 2. Sygnatura dokumentu: | 3. Organ wydający dokument: |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|

 04. Adres zamieszkania wnioskodawcy*:

| | | | |
|-------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------|
| 1. Kraj*: | 2. Województwo: | 3. Powiat: | 4. Gmina/Dzielnica: |
| 5. Miejscowość: | 6. Ulica: | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | | |
| 11. Opis nietypowego miejsca: | | | |

 05. Adres elektroniczny:

Adres w systemie teleinformatycznym. Do doręczeń pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej może mieć zastosowanie adres elektroniczny na portalu podatkowym lub w systemie ePUAP, w przypadku, jeżeli wniesiono o zastosowanie takiego sposobu doręczania albo wyrażono na to zgodę (art. 144a § 1 pkt 2 lub art. 144a § 1 pkt 3 w związku z art. 3e § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2017 r. poz. 201, z późn. zm.)). Adres elektroniczny w systemie ePUAP może mieć również zastosowanie do doręczeń pism w analogicznych przypadkach określonych w art. 39¹ § 1 pkt 2 lub art. 39¹ § 1 pkt 3 w związku z art. 39¹ § 1a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257). Poniżej można zaznaczyć rezygnację ze wskazanego adresu elektronicznego.

| | |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Adres elektroniczny: | 2. Rezygnacja z adresu elektronicznego <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 06. Firma przedsiębiorcy, którego wniosek dotyczy* (nazwa firmy musi zawierać Imię i Nazwisko przedsiębiorcy): | | | |
| 06.1. Przewidywana liczba pracujących*:..... (przedsiębiorca + planowana liczba osób zatrudnionych) | | | |
| 06.2. Rodzaje działalności gospodarczej symbol (5-znakowy) wg PKD 2007 Poszczególne kody i powiązane z nimi procedury znajdziesz na stronie www.pkd.gov.pl | | Przeważający*: <input type="checkbox"/> 1. _____ | |
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 7. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | |
| 8. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 9. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 07. Nazwa skrócona* : (w przypadku braku należy podać imię i nazwisko) | | <input type="checkbox"/> 08. Data rozpoczęcia działalności* : ____-____-____ (RRRR-MM-DD) | |
| <input type="checkbox"/> 09. Dane do kontaktu: | | Sprzeciwiam się udostępnianiu danych kontaktowych z CEIDG <input type="checkbox"/> | |
| 1. Numer telefonu: | | 2. Adres poczty elektronicznej: | |
| 3. Numer faksu: | | 4. Strona WWW: | |
| 10. Adresy związane z działalnością gospodarczą* | | | |
| <input type="checkbox"/> 10.1. Adres do doręczeń* : | | | |
| 1. Adresat: | | | |
| 2. Kraj: | 3. Województwo: | 4. Powiat: | 5. Gmina/Dzielnica: |
| 6. Miejscowość: | 7. Ulica: | 8. Nr nieruchomości/domu: | 9. Numer lokalu: |
| 10. Kod pocztowy: | 11. Poczta: | 12. Skrytka pocztowa: | |
| <input type="checkbox"/> 10.2. Stałe miejsce wykonywania działalności gospodarczej* : | | Brak stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> | |
| W przypadku braku stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej do celów podatkowych przyjęty zostanie adres zamieszkania. | | | |
| 1. Województwo: | 2. Powiat: | 3. Gmina/Dzielnica: | |
| 4. Miejscowość: | 5. Ulica: | 6. Nr nieruchomości/domu: | 7. Numer lokalu: |
| 8. Kod pocztowy: | 9. Poczta: | | |
| 10. Opis nietypowego miejsca: | | | |
| 11. Dodatkowe stałe miejsca wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 11.1. Numer identyfikacyjny REGON: _____ | | | Wykreślenie <input type="checkbox"/> |
| 11.2. Nazwa jednostki lokalnej: | | | |
| <input type="checkbox"/> 11.3. Adres dodatkowego miejsca wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 1. Kraj: | 2. Województwo: | 3. Powiat: | 4. Gmina/Dzielnica: |
| 5. Miejscowość: | 6. Ulica: | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | | |
| 11. Opis nietypowego miejsca: | | | |
| 12. Wskazany adres dotyczy miejsca wykonywania działalności przez: <input type="checkbox"/> przedsiębiorcę <input type="checkbox"/> spółkę cywilną, w której przedsiębiorca uczestniczy | | | |
| <input type="checkbox"/> 11.4. Przewidywana liczba pracujących :..... | | | |
| <input type="checkbox"/> 11.5. Data rozpoczęcia działalności jednostki : ____-____-____ (RRRR-MM-DD) | | <input type="checkbox"/> 11.6. Zakład leczniczy podmiotu leczniczego. | |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.7. Rodzaje działalności gospodarczej wykonywanej w tej lokalizacji symbol (5-znakowy) wg PKD 2007 | | Przeważający*: <input type="checkbox"/> 1. _____ | |
| 2. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 3. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 4. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | |
| 5. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | 6. _____ Wykreślenie <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RD <input type="checkbox"/> | |
| Kolejne miejsca wykonywania działalności gospodarczej w załączniku CEIDG-MW <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 12. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu w*: (należy zaznaczyć tylko jedno pole) | | | |
| Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych <input type="checkbox"/> <small>(wypełnij pole 12.1 i opcjonalnie 12.2)</small> | Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego <input type="checkbox"/> <small>(wypełnij rubrykę 13)</small> | Jestem ubezpieczony za granicą <input type="checkbox"/> | |
| 12.1. Data powstania obowiązku opłacania składek ZUS (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ | | | |
| 12.2. Dołączam zgłoszenia ZUS: ZZA <input type="checkbox"/> , ZWUA <input type="checkbox"/> , ZUA <input type="checkbox"/> , ZIUA <input type="checkbox"/> , ZCNA <input type="checkbox"/> szt..... | | | |
| <input type="checkbox"/> 13. Dane dla potrzeb KRUS: | | | |
| 13.1. Oświadczam, że: | | | |
| 1) moje sprawy prowadzi jednostka terenowa KRUS:..... | | | |
| 2) chcę kontynuować ubezpieczenie społeczne rolników: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| 3) w poprzednim roku podatkowym: | | | |
| a) prowadziłem(am) pozarolniczą działalność gospodarczą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| b) współpracowałem(am) przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| 4) zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego o nieprzekroczeniu kwoty należnego podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy: | | | |
| a) złożyłem(am) we właściwej jednostce terenowej KRUS: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| b) składam wraz z niniejszym wnioskiem: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| c) złożę we właściwej jednostce terenowej KRUS w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| 5) organem podatkowym właściwym do rozliczenia podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy jest:..... | | | |
| 13.2. Oświadczam, że przekroczyłem(am) kwotę należnego podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| <input type="checkbox"/> 14. Informacja o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 1. Data rozpoczęcia zawieszenia (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ Chcę jednocześnie wskazać datę wznowienia działalności <input type="checkbox"/> (datę należy podać w rubryce 15) | | 2. Rezygnuję z zawieszenia działalności <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 15. Informacja o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 1. Data wznowienia działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ | | 2. Rezygnuję ze wznowienia działalności <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 16. Informacja o zaprzestaniu wykonywania działalności gospodarczej: | | | |
| 1) Data trwałego zaprzestania działalności gospodarczej (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ | | | |
| 2) Rezygnuję z zaprzestania wykonywania działalności <input type="checkbox"/> | | | |
| 3) Przekształcenie w jednoosobową spółkę kapitałową <input type="checkbox"/> | | | |
| 4) Nie podjęto działalności <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 17. Informacja dotycząca naczelników urzędów skarbowych: | | | |
| 17.1. Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy do spraw ewidencji podatników: | | 17.2. Aktualny naczelnik urzędu skarbowego właściwy w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych (jeżeli inny niż w rubryce 17.1): | |
| <input type="checkbox"/> 18. Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych będę opłacać w formie: (Wybór formy opodatkowania wpływa na wysokość przyszłego podatku oraz na rodzaj i zakres prowadzonej dokumentacji rachunkowej. Zmiana wskazanej formy opodatkowania dla każdego roku podatkowego może być dokonana do 20 stycznia. Więcej na: biznes.gov.pl/podatki) | | | |
| 1. na zasadach ogólnych <input type="checkbox"/> | 2. liniowy <input type="checkbox"/> | 3. ryczałt od przychodów ewidencjonowanych <input type="checkbox"/> | 4. karty podatkowej <input type="checkbox"/> dołączam wniosek PIT-16 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 19. Forma wpłat zaliczki: | | | |
| <input type="checkbox"/> Miesięczna | | <input type="checkbox"/> Kwartalna | |
| <input type="checkbox"/> Uproszczona | | | |
| <input type="checkbox"/> 20. Rodzaj prowadzonej dokumentacji rachunkowej: | | | |
| 1. księgi rachunkowe <input type="checkbox"/> | 2. podatkowa księga przychodów i rozchodów <input type="checkbox"/> | 3. inne ewidencje <input type="checkbox"/> | 4. nie jest prowadzona <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21. Dane podmiotu prowadzącego dokumentację rachunkową wnioskodawcy: | | | |
| 1. Firma: _____ | | 2. NIP: _____ | Rozwiązanie umowy <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22. Adres przechowywania dokumentacji rachunkowej wnioskodawcy: | | | |
| 1. Kraj: | 2. Województwo: | 3. Powiat: | 4. Gmina/Dzielnica: |
| 5. Miejscowość: | 6. Ulica: | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | | |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 23. Prowadzę zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 24. Prowadzę działalność gospodarczą wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| <input type="checkbox"/> 25. Jestem współnikiem spółki/spółek cywilnych: | | | |
| 1. NIP spółki: | 2. REGON spółki: | Wykreślenie informacji o spółce cywilnej z wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/> | |
| 3. Zawiesiłem działalność w spółce od dnia: _____ (RRRR-MM-DD) _____ | 4. Wznowiłem działalność w spółce od dnia: _____ (RRRR-MM-DD) _____ | | |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-S.C. <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 26. Informacja o małżeńskiej wspólności majątkowej: | | | |
| 1. Łączy mnie z małżonkiem wspólność majątkowa: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE / Nie dotyczy | | 2. Małżeńska wspólność majątkowa ustala dnia: _____ (RRRR-MM-DD) _____ | |
| <input type="checkbox"/> 27. Dane identyfikacyjne rachunków bankowych wnioskodawcy: | | | |
| <input type="checkbox"/> 27.1. Rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej: | | | |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału): | | 2. Pełna nazwa banku (oddziału): | |
| 3. Posiadacz rachunku: | | | |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): _____ | | 5. Likwidacja <input type="checkbox"/> | |
| 6. Rachunek, na który dokonywany będzie zwrot podatku <input type="checkbox"/> | | Kontynuacja w załączniku CEIDG-RB <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 27.2. Osobisty rachunek bankowy (niezwiązany z prowadzeniem działalności gospodarczej): | | | |
| 1. Kraj siedziby banku (oddziału): | | 2. Pełna nazwa banku (oddziału): | |
| 3. Posiadacz rachunku: | | | |
| 4. Numer rachunku (od 5 do 26 znaków): _____ | | 5. Rezygnacja <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 28. Informacja o numerach identyfikacyjnych uzyskanych w innych krajach dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych: | | | |
| 1. Kraj: | 2. Numer: | 3. Typ: Podatkowy <input type="checkbox"/> Ubezpieczeniowy <input type="checkbox"/> | Kontynuacja w załącznik CEIDG-RB <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 29. Udzieliłem(am) pełnomocnictwa do prowadzenia moich spraw: | | | |
| <input type="checkbox"/> 29.1. Dane pełnomocnika: | | Wykreślenie wpisu o pełnomocnictwie z CEIDG <input type="checkbox"/> | |
| Pełnomocnik jest osobą prawną <input type="checkbox"/> | 1. Nazwa firmy pełnomocnika: | | |
| 2. Imię: | | 3. Nazwisko: | |
| 4. PESEL/KRS: _____ | | 5. Data urodzenia (RRRR-MM-DD): _____ - _____ - _____ | |
| 6. NIP: _____ | | 7. Obywatelstwa:..... | |
| <input type="checkbox"/> 29.2. Adres pełnomocnika do doręczeń: | | | |
| 1. Kraj: | 2. Województwo: | 3. Powiat: | 4. Gmina/Dzielnica: |
| 5. Miejscowość: | 6. Ulica: | 7. Nr nieruchomości/domu: | 8. Numer lokalu: |
| 9. Kod pocztowy: | 10. Poczta: | 11. Skrytka pocztowa: | |
| 12. Adres poczty elektronicznej: | 13. Strona WWW: | 14. Numer telefonu: | |
| Kontynuacja w załączniku CEIDG-PN <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 29.3. W zakresie rejestru CEIDG pełnomocnictwo obejmuje następujące czynności: | | | |
| <input type="checkbox"/> zmiana wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> wpis informacji w CEIDG o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> wniosek o wykreślenie wpisu w CEIDG <input type="checkbox"/> prowadzenie spraw za pośrednictwem punktu kontaktowego | | | |
| <input type="checkbox"/> 30. Dołączam następujące dokumenty: (podać liczbę formularzy) | | | |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-RD szt. | <input type="checkbox"/> CEIDG-MW szt. | <input type="checkbox"/> CEIDG-RB szt. | |
| <input type="checkbox"/> CEIDG-SC szt. | <input type="checkbox"/> CEIDG-PN szt. | <input type="checkbox"/> Inne szt. | |
| Miejscowość i data złożenia wniosku | | Własnoręczny podpis przedsiębiorcy / osoby uprawnionej | |