



KWP Donata
Hermann
www.kadrywpigulce.
pl

NIP: 7811688933 REGON: 369393887

kadrywpigulce@gmail.com

.....
(pracodawca oraz jego siedziba lub
miejsce zamieszkania)

.....
(miejscowość i data)

INFORMACJA O ZMIANIE ADRESU PRACODAWCY

Pan (Pani)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko)

Działając na podstawie art. 29 § 3² Kodeksu pracy

(nazwa pracodawcy)

reprezentowanej przez

(imię i nazwisko)

informuje o zmianie adresu swojej siedziby/adresu zamieszkania*.

W miejsce dotychczasowego adresu, tj.

(miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer budynku/lokalu)

od dnia siedziba/adres zamieszkania* Pracodawcy to:

.....
(miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer budynku/lokalu)

.....
(data i podpis pracownika)

.....
(podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej
pracodawcę albo osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

* - niepotrzebne skreślić