

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

1. Dane osobowe

Nazwisko:

Imię 1: Imię 2:

Imiona rodziców:

Data ur.: Miejsce ur.:

Nazwisko rodowe:

Obywatelstwo:

PESEL:

NIP:

Nr i seria dowodu osobistego:

Nr konta bankowego:

2. Adres zamieszkania

Województwo:

Powiat: Gmina:

Ulica: Nr domu: Nr mieszk.:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Poczta:

3. Adres korespondencyjny (gdy adres korespondencyjny nie jest taki sam jak adres zamieszkania)

Województwo:

Powiat: Gmina:

Ulica: Nr domu: Nr mieszk.:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Poczta:

4. Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres:

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

5.2. Jestem: emerytem tak nie

rencistą tak nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak nie

Jeśli wpisano **TAK**, określić orzeczony stopień niepełnosprawności:

.....

6. Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym

z tytułu: (właściwe zakreślić znakiem X)

- stosunku pracy
- wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy zawartej w dniu
- prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko
- pobieram zasiłek macierzyński
- z innego tytułu (określić tytuł):
- oświadczam, że jestem uczniem gimnazjum/szkoły ponadgimnazjalnej /szkoły ponadpodstawowej /studentem do ukończenia 26 lat (nr legitymacji + kserokopię legitymacji):

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w miesiącu kalendarzowym jest (wpisać odpowiednio: **niższa, równa, wyższa**):
od kwoty wynagrodzenia minimalnego za prace w danym roku kalendarzowym.

Dobrowolnie deklaruje przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do poinformowania Zleceniodawcy na piśmie w terminie 5 dni o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub społecznego.

.....

Data i podpis Zleceniobiorcy