OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

NAZWISKO																							
IMIĘ, IMIONA																							
IMIONA RODZICÓW																							
DATA, MIEJSCE URODZENIA																							
NAZWISKO RODOWE																							
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO																							
PESEL																							
TELEFON KONTAKTOWY																							
ADRES E-MAIL																							

Adres zamieszkania

Województwo ……. Powiat ……. Gmina ……..
Ulica …… Nr domu ……. Nr mieszkania ……
Miejscowość …… Kod pocztowy …… Poczta ……

Adres do korespondencji (wypełnić tylko wtedy, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Województwo ……. Powiat …….. Gmina ……..
Ulica …… Nr domu ……. Nr mieszkania ……
Miejscowość …… Kod pocztowy …… Poczta ……

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

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy odział Narodowego Funduszu Zdrowia ……..

Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

1. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

	FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKLADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
1				**Tak □ Nie □**	**Tak □ Nie □**
2				**Tak □ Nie □**	**Tak □ Nie □**
3				**Tak □ Nie □**	**Tak □ Nie □**

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	**Tak □ Nie □**

2. Prowadzenie działalności gospodarczej

Prowadzę działalność gospodarczą	**Tak □ Nie □**
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	**Tak □ Nie □**

wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

3. Mam ustalone prawo do emerytury **Tak □ Nie □**

4. Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak □ Nie □**

5. **Jestem osobą bezrobotną** **Tak □ Nie □**

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) ..... z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.

* *niepotrzebne skreślić*

7 Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników **Tak □ Nie □**

od dnia.....

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....

8. Nazwa banku oraz nr rachunku bankowego, na który będzie wypłacane wynagrodzenie:

……

……

……

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić właściwą jednostkę organizacyjną : Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Zgierzu
W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia

		–			–				

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR)

Podpis Zleceniobiorcy