

Oświadczenie Zleceniobiorcy do umowy nr..... z dn.....

1. Dane osobowe

Nazwisko:	Imiona :
Imiona rodziców :	Nazwisko rodowe:
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:
Obywatelstwo :	PESEL:
NIP:	Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców)
Seria i nr dow. Osob.:	wydany przez:

2. Adres zamieszkania/do korespondencji

Województwo:	Powiat:
Gmina:	Ulica :
Nr domu: Nr mieszkania:	Miejscowość:
Kod pocztowy:	Poczta:

3. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy)

Nazwa i adres

4. Oświadczam, że:

jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę i otrzymuję z tego tytułu;
wynagrodzenie w kwocie wyżej lub takiej samej/ niżej *od 2000,00 brutto miesięcznie.

NIE jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę.

wykonuję na rzecz innego podmiotu umowę-zlecenie, od której są odprowadzane składki ZUS;
 TAK składki społeczne emerytalno-rentowe i zdrowotna od kwoty wyższej / niżej* od minimalnego wynagrodzenia tj. 2000,0zł. brutto/m-cznie.

NIE wykonuję na rzecz innego podmiotu umowę-zlecenie.

Prowadzę działalność gospodarczą na moje nazwisko i odprowadzam z tego tytułu;
składki ZUS **standardowe**/ **preferencyjne*** (tj. obniżone).
Jeśli zaznaczono preferencyjne, należy podać okres podlegania: od.....do.....r.

NIE prowadzę działalności gospodarczej.

jestem studentem/ucznem do 26 roku życia.
Jeśli zaznaczono, należy dołączyć xero ważnej legitymacji studenckiej lub uczniowskiej.

NIE jestem studentem/ucznem.

Mam ustalone prawo do **emerytury** / **renty***. Numer emerytury/renty:.....
 NIE jestem emerytem/rencistą.

Posiadam orzeczenie o stopniu **niepełnosprawności**: **znaczny** / **umiarkowany** / **lekkim***.
Jeśli zaznaczono, należy dołączyć xero orzeczenia.

NIE posiadam orzeczenie o stopniu **niepełnosprawności**.

Oświadczam, że **wnoszę** / **nie wnoszę** *o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w wysokości 2,45% kwoty wynagrodzenia brutto (nie dotyczy to Studentów/Uczniów).

Podpis/parafka zleceniobiorcy:

Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno-skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. Zobowiązuję się poinformować płatnika o wszelkich zmianach jakie będą miały wpływ na ustalenie obowiązku ubezpieczenia w terminie 5 dni o zaistniałej zmianie.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

*- właściwe zaznaczyć

(data i podpis Zleceniobiorcy)