

O Ś W I A D C Z E N I E Z L E C E N I O B I O R C Y

1. Dane osobowe

Nazwisko i imię

.....

Imiona rodziców

.....

Data urodzenia

.....

Miejsce urodzenia

.....

Nazwisko rodowe

.....

Obywatelstwo

.....

PESEL

.....

NIP

.....

Nr i seria dowodu osobistego

.....

2. Adres zamieszkania

WojewództwoPowiat

Gmina

Miejscowośćul.

nr budynku.....

nr mieszkaniakod pocztowy

poczta

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

WojewództwoPowiat

Gmina

Miejscowośćul.

nr budynku

nr mieszkaniakod 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

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

.....

Jestem: emerytem tak nie

 rencistą tak nie

posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak nie

Jeśli wpisano tak, określić orzeczony stopień niepełnosprawności.

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

Dotyczy/nie dotyczy (niewłaściwe przekreślić, a jeśli dotyczy wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu:

- stosunku pracy

- członkostwa w rolniczej spółdzielni kółek rolniczych

- stosunku: SW, ABW, AW, CBA, SUW i SWW, P.S.P., BOR

- wykonywania umowy-zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy zawartej w dniu.....

- prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

- na podstawie umowy o pracę nakładczą zawartej w dniu

.....

- pobieram zasiłek macierzyński

- jestem żołnierzem zawodowym

- jestem funkcjonariuszem służby celnej

- z innego tytułu -

określić tytuł.....

- oświadczam, że jestem uczniem gimnazjum/szkoły ponadgimnazjalnej/szkoły ponadpodstawowej/studentem do ukończenia 26 lat

(.....)

.....)

(nazwa szkoły)

Dotyczy/nie dotyczy (niewłaściwe przekreślić; jeśli dotyczy wypełnić poniżej).

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe) z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest (wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa)

- od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, które będzie wynosiło w roku 2019 **2.250,00 zł.** (słownie złotych: dwa tysiące dwieście pięćdziesiąt 00/100)*

- od podstawy/podstawie wymiaru składek dla osób prowadzących działalność gospodarczą ustalonej i opublikowanej na 2019 r.*

7. Nr konta bankowego Zleceniobiorcy

.....

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.

.....
data i podpis Zleceniobiorcy

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

.....
data i podpis Zleceniobiorcy

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

.....
data i podpis Zleceniobiorcy

*niepotrzebne skreślić

