

## OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Imię i nazwisko: ..... Drugie imię: .....

Nazwisko rodowe: .....

Imię ojca: .....

Imię matki: .....

PESEL: ..... Data ur. ....

Miejsce urodzenia:.....

Adres zameldowania:

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina/Dzielnica: .....

Ulica: .....

Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Adres do korespondencji / zamieszkania (jeśli jest taki sam jak powyżej nie trzeba wypełniać):

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina/Dzielnica: .....

Ulica: .....

Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Adres do korespondencji

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina/Dzielnica: .....

Ulica: .....

Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Nazwa banku i numer rachunku płatniczego, jeżeli wynagrodzenie ma być wypłacane na konto:

.....

**DANE DO ROZLICZEŃ PUBLICZNO – PRAWNYCH:**

Nazwa właściwego Urzędu Skarbowego: .....

Nazwa właściwego Oddziału NFZ: .....

**OŚWIADCZENIE W CELU USTALENIA OBOWIĄZKU POTRĄCANIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE I ZDROWOTNE:**

Oświadczam, jako Zleceniobiorca, że:

1. Jestem równocześnie zatrudniony/a/ na podstawie umowy o pracę TAK/NIE

2. Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

a) co najmniej minimalne wynagrodzenie (na rok 2019 – 2250,00 zł)

.....

(nazwa zakładu pracy / wymiar etatu / stawka)

b) mniej niż minimalne wynagrodzenie

.....

(nazwa zakładu pracy / wymiar etatu / stawka)

3. Jestem już ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej TAK/NIE

Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podstawa wymiaru składek stanowi kwota równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu 2250,0 zł w 2019r.

TAK/NIE

4. Jestem emerytem/rencistą TAK/NIE  
Jeżeli tak, to podać numer świadczenia i kto wypłaca/.....
5. Jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy: TAK/NIE  
a) z prawem do zasiłku  
b) bez prawa do zasiłku
6. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników TAK/NIE
7. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem/am/ 26 lat TAK/NIE  
a) Rodzaj studiów /należy dołączyć kserokopię legitymacji/:.....
8. Zleceniobiorca z tytułu wykonywania tej umowy oświadcza, że (**zakreślić właściwe**) :  
a) chce być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym  
b) nie chce być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
9. Zleceniobiorca posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK/NIE  
Jeśli tak proszę podać stopień niepełnosprawności: .....

**Oświadczam, że:**

- o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę w terminie 5 dni,
- dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- przyjmuję do wiadomości, że skutki prawne i finansowe wypełnionego przeze mnie oświadczenia lub nie poinformowanie w ciągu 5 dni o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego obciążają zleceniobiorcę.

.....  
Data

.....  
Podpis Zleceniobiorcy