

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

Województwo Powiat Gmina

Miejscowość ul. nr budynku

nr mieszkania kod pocztowy poczta

3. Adres korespondencyjny (w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina

Miejscowość ul. nr budynku

nr mieszkania 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. Nazwa banku i numer konta bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

*Mam / nie mam** ustalone/go prawo/a do emerytury.

*Mam / nie mam** ustalone/go prawo/a do renty.

Posiadam / nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*

Jeśli tak, określć orzeczony stopień niepełnosprawności:

7. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego.

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

stosunku pracy

(miejsce pracy)

i z tego tytułu osiągam przychód w przeliczeniu na okres miesiąca równy co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu, które w roku 2018 będzie wynosiło **2.100,- zł.** (słownie złotych: **dwatysiącesto złotych 00/100**).

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

i z tego tytułu podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu a łączna podstawa wymiaru składek uzyskana w danym miesiącu jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu, które w roku 2018 będzie wynosiło **2.100,- zł.** (słownie złotych: **dwatysiącesto złotych 00/100**).

prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

.....

(nazwa i adres siedziby działalności gospodarczej)

z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej:

- co najmniej **60%** prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej

- co najmniej **30%** minimalnego wynagrodzenia – składki na warunkach preferencyjnych*.

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)

Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego 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 niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy 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.

Data i podpis Zleceniobiorcy

* zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić