

.....
Nazwa placówki (Zleceniodawcy)

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY
DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH
DO UMOWY ZLECENIA NR zawartej w dniu.....

DANE OSOBOWE ZLECENIOBIORCY

1. Nazwisko 2. Imię (imiona).....
3. Obywatelstwo 4. Płeć **kobieta/mężczyzna***
5. PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6. Dla celów podatkowych posługuję się numerem NIP **TAK/NIE*** (**TAK tylko w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, zarejestrowanych podatników VAT i płatników podatków lub składek ZUS- zgodnie z art. 3.1 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 869 ze zm.)**)
- NIP (tylko jeśli zaznaczono TAK):**

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

ADRES ZAMIESZKANIA ZLECENIOBIORCY (do celów podatkowych)

1. Powiat: 2. Gmina:
3. Ulica, nr domu/nr mieszkania: 4. Kod pocztowy, miejscowość:

ADRES KORESPONDENCYJNY ZLECENIOBIORCY (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

1. Powiat: 2. Gmina:
3. Ulica, nr domu/nr mieszkania: 4. Kod pocztowy, miejscowość:

POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE ZLECENIOBIORCY

1. Oddział NFZ (np. dolnośląski):
2. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego: (zgodny z adresem zamieszkania):

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Niniejszym oświadczam, że:

1. **Jestem/nie jestem*** pracownikiem zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub mianowania.
2. Przebywam na urlopie **bezpłatnym/związanym z rodzicielstwem/wychowawczym*** w ramach stosunku pracy z(nazwa i adres pracodawcy)
3. Jestem zatrudniony: (nazwa i adres pracodawcy)
w okresie od..... do.....na podstawie: i osiągam z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto **niższej/równej/wyższej*** od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegające składkom na ubezpieczenia społeczne.
4. **Jestem/nie jestem*** uczniem w wieku do 26 lat.
Do oświadczenia załączam zaświadczenie potwierdzające status **ucznia/studenta***.
nr. Legitymacji.....data ważności od.....do.....(nie dotyczy studiów doktoranckich).
5. **Jestem/nie jestem*** emerytem/rencistą* nr świadczenia
6. Prowadzę działalność gospodarczą **tak/nie*** i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne na warunkach **ogólnych/preferencyjnych/nie dotyczy***.
7. Oświadczam, że przedmiot umowy **wchodzi/nie wchodzi/nie dotyczy*** w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.
8. **Posiadam/nie posiadam*** orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu **lekim/umiarkowanym/znacznym***
na okres od..... do.....
9. Inne:.....

10. **Wnioskuje *** o objęcie mnie dodatkowo ubezpieczeniem:

–DOBROWOLNE EMERYTALNE/RENTOWE +ZDROWOTNE **TAK / NIE ***

wybiera osoba, która:

- posiada inny tytuł ubezpieczenia (np.: umowa zlecenie, umowa agencyjna, umowa o pracę) niż obecnie zawierana umowa zlecenie i z tego tytułu odprowadza składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe potrącane co najmniej od minimalnego wynagrodzenia brutto, ale osoba ta chce dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego;

–DOBROWOLNA CHOROBY (na koszt Zleceniobiorcy) **TAK / NIE ***

wybiera osoba, która:

- obowiązkowo podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, ponieważ:
 - wykonuje pracę nakładczą,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy zlecenia lub równoważnej albo współpracuje (jako osoba bliska) przy wykonywaniu takiej umowy,
 - prowadzi pozarolniczą działalność lub współpracuje (jako osoba bliska) przy takiej działalności,
 - współpracuje z przedsiębiorcą korzystającym z ulgi na start,
 - pracuje odpłatnie na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
 - jest osobą duchowną,
 - jest doktorantem, który otrzymuje stypendium doktoranckie.

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się poinformować Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla placówki, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

.....
Data

.....
i czytelny podpis Zleceniobiorcy

* Właściwie zaznaczyć