

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.....
Data urodzeniaMiejsce urodzenia
Nazwisko rodowe
Obywatelstwo
PESEL NIP
Nr i seria dowodu osobistego.....

2. Adres zamieszkania

WojewództwoPowiat
GminaMiejscowość
ul.nr budynku.....nr mieszkania
kod pocztowypoczta

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

WojewództwoPowiat
Gmina Miejscowość
ul.nr budynku nr mieszkania
kod pocztowypoczta

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 orzeczonego 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)

- kwocie/od kwoty krajowego minimalnego wynagrodzenia brutto za pracę, w roku 2024 w I półroczu wynosi 4242,00 PLN (słownie: cztery tysiące dwieście czterdzieści dwa złote 00/100)*, a następnie w II półroczu 4300,00 PLN (słownie: cztery tysiące trzysta złotych 00/100)*
- podstawie/od podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą ustalonej i opublikowanej na 2024 r.*

Nr. Konta :
.....

Tel. Kontaktowy :
.....

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
.....

*niepotrzebne skreślić