

Oświadczenie zleceniobiorcy dla celów podatkowych i ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (do ZUS)

do umowy zlecenia Nr z dnia

Nazwisko Zleceniobiorcy:																																								
Nazwisko rodowe Zleceniobiorcy:																																								
Imię pierwsze:	Imię drugie:																																							
Data urodzenia:	Płeć: kobieta / mężczyzna*																																							
PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				NIP: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
Seria i numer Dowodu osobistego:	lub Paszportu:																																							
Obywatelstwo:																																								
Urząd Skarbowy:																																								
Oddział NFZ:																																								
Jako Zleceniobiorca umowy oświadczam, że:																																								
1. Jestem jednocześnie zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w																																								
Moje miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:																																								
a) <input type="checkbox"/> co najmniej minimalne wynagrodzenie																																								
b) <input type="checkbox"/> mniej niż minimalne wynagrodzenia																																								
2. <input type="checkbox"/> jestem jednocześnie już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą, umowę zlecenie lub umowę agencyjną w okresie od.....do.....																																								
Moje miesięczne wynagrodzenie brutto z tytułu umowy-zlecenie wynosi:																																								
c) <input type="checkbox"/> co najmniej minimalne wynagrodzenie																																								
d) <input type="checkbox"/> mniej niż minimalne wynagrodzenia																																								
3. <input type="checkbox"/> Jestem już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów niż w pkt 1 i 2 (np. działalność gospodarcza, KRUS)..... (podać tytuł).																																								
4. <input type="checkbox"/> Jestem emerytem lub rencistą*.- Nr świadczenia ZUS																																								
5. <input type="checkbox"/> Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Jeśli zaznaczono Tak , określić orzeczony stopień niepełnosprawności:																																								

6. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/łem 26 lat.

Numer legitymacji uczniowskiej/stydenckiej

7. Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/ty ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu (punkty 1b, 4, 7);
chcę/ nie chcę* być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu; chcę/ nie chcę* być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o ewidencji i identyfikacji podatników z 29 lipca 2011 r. obowiązującej od 1.01.2012 r. oświadczam, że moja sytuacja prawno-podatkowa uprawnia mnie do posługiwania się numerem PESEL/NIP (odpowiednio skreślić).

Adres zameldowania Zleceniobiorcy na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy
Miejscowość
Gmina
Ulica Nr domu Nr lokalu

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy
Miejscowość
Gmina
Ulica Nr domu Nr lokalu

Adres do korespondencji:

Kod pocztowy
Miejscowość
Gmina
Ulica Nr domu Nr lokalu

*Przepisy o odpowiedzialności karnej/skarbowej za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością są mi znane.
W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.*

Data:

Podpis Pracownika:

*/ **niepotrzebne skreślić**

/minimalne wynagrodzenie za pracę od 01.01.2016 r. wynosi 1850,00 zł**

zaznaczyć właściwy