

OŚWIADCZENIE

Dane dotyczące Zleceniobiorcy nie będącego pracownikiem inspekcji, dla celów ustalenia obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

I Dane osobowe

Nazwisko	Imię	Nazwisko rodowe
data urodzenia i miejsce urodzenia	Imiona rodziców	Obywatelstwo
Nr. dowodu	PESEL	NIP

II Adres

mięscowosc	ulica, nr domu	kod	poczta

III Adres do korespondencji

(jeśli adres jest tożsamy nie wypełniać)

mięscowosc	ulica, nr domu	kod	poczta

IV. Narodowy Fundusz Zdrowia

(oddział w którym następuje zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (nazwa, adres))

Jestem	Rencistą*		Emerytem*		Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*		Stopień niepełnosprawności**	
--------	-----------	--	-----------	--	---	--	------------------------------	--

*zaznaczyć odpowiednie pole

**wpisać stopień niepełnosprawności

V. Urząd Skarbowy

Właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-8B nazwa i adres

VI. Oświadczenie dotyczące rachunku bankowego

Proszę o przekazanie moich wynagrodzeń na rachunek bankowy

Podać nazwę banku i nr rachunku

VII Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

A. Oświadczam, że jestem objęta(y) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu

Stosunku pracy*	Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych*
Wykonywania pracy nakładczej*	Stosunku pracy w WP, Policji, SG, SW, PSW, SW, S.C *
Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy*	Prowadzenie pozarolniczej działalności na własne nazwisko*

*zaznaczyć odpowiednie pole

Z innego tytułu.....
określić tytuł

Równocześnie oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest

Niższa*		Równa*		Wyższa*		Od kwoty najniższego wynagrodzenia minimalnego
---------	--	--------	--	---------	--	--

*zaznaczyć odpowiednie pole

B.* nie jestem zatrudniony, nie świadczę pracy, nie prowadzę działalności gospodarczej oraz nie posiadam innego tytułu, w związku z którym potrącane mogłyby być składki ZUS

Wnoszę o obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe**	Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe**
---	---

*jeśli wypełniamy A nie dotyczy B

**zaznaczyć odpowiednie pole

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia niezwłocznie poinformuję w formie pisemnej dział księgowy w Powiatowym Inspektoracie Weterynarii W Krasnymstawie, ul. Piłsudskiego 60A. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych w tym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacyjnej zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz. 1000)

.....
Data i czytelny podpis składającego oświadczenie