**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| miejscowość | ulica, nr domu | kod | poczta |

**III Adres do korespondencji** (jeśli adres jest tożsamy nie wypełniać)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| miejscowość | 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 2019 poz. 1781 z późn. zm.)

……………………………….

Data i czytelny podpis składającego oświadczenie