

Oświadczenie Zleceniobiorcy

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego
z tytułu wykonywania umowy zlecenia

Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1) 2)
Imię ojca Imię matki
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Nazwisko rodowe Obywatelstwo
PESEL NIP
Nr karty stałego pobytu (wypełniają obcokrajowcy)

Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina
Ulica nr domu nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Adres do korespondencji (gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina
Ulica nr domu nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Urząd Skarbowy (właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania)

.....

Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

Jako Wykonawca umowy oświadczam, że :

Jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę w
..... lub równorzędnej.

Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

- co najmniej minimalne wynagrodzenie,
 mniej niż minimalne wynagrodzenie.
 Jestem jednocześnie już ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenie lub agencyjną
 Jestem już ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów (np. działalność gospodarcza, KRUS)

Proszę podać tytuł

Jestem :

emerytem

rencistą

ZUS Inspektorat nr z siedzibą w

ul. nr

- Mam ustalone prawo do emerytury (renty) określonej w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji

nr świadczenia organ wypłacający

- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień)
- Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/Em 26 lat.
- Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

- Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

Wynagrodzenie proszę przekazywać na konto

.....

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy :

- Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.
- chcę być objęta/y dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowym.
- nie chcę być objęta/y dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowym.
- Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.
- Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.
- Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

Oświadczam, iż wszystkie informacje 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 dokonywania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

.....

(data i czytelny podpis)