

Oświadczenie Zleceniobiorcy

1. Dane osobowe

Nazwisko Imiona

Imiona rodziców

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe Obywatelstwo

PESEL

Telefon kontaktowy

2. Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT)

Nazwa i adres

5. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

6. Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy

1. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określone zgodnie z obowiązującymi przepisami

Tak Nie

Prowadzę działalność gospodarczą

Tak Nie

Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).

Tak Nie

2. Mam ustalone prawo do emerytury Tak Nie

Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. Tak Nie

od do dnia

Mam ustalony stopień niepełnosprawności Tak Nie

1 stopień 2 stopień 3 stopień

Jednocześnie oświadczam, że wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia zawartej pomiędzy Powiatowym Lekarzem Weterynarii w Augustowie – Zleceniodawcą, a mną – Zleceniobiorcą nie będzie objęte ubezpieczeniem społecznym.

Zobowiązuję się dostarczać raz w miesiącu potwierdzenie opłaty składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu.....

7. Nr konta bankowego

8. Informacja o środkach transportu stanowiących własność zleceniobiorcy

- numer rejestracyjny
- marka
- pojemność

9. Seria i nr dowodu osobistego –

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie zawarta z PIW Augustów niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę, zawieszenia działalności gospodarczej itd.)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Augustowie.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania 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.

_____ (data i podpis Zleceniobiorcy)