**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

1. **Dane osobowe**

Nazwisko………………………………Imiona 1. ………………. 2. …………………….......

Imiona rodziców ………………………………………………………………………………. ...

Data urodzenia …………………………. Miejsce urodzenia ……………………………………

Nazwisko rodowe ………………………………. Obywatelstwo……………………………… **PESEL** …………………………………………… **NIP** ………………………………………. telefon komórkowy …………………………….... telefon stacjonarny ………………………... e-mail …………………………………............

Nr konta bankowego (26 cyfr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Adres zamieszkania**

Województwo …………………….. Powiat …………….…….. Gmina ………………………

Ulica ………………………………….Nr domu ……………….Nr mieszkania ………………..

Kod pocztowy ……………… Poczta…………………... Miejscowość ………………………..

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

Województwo…………………. Powiat ……………………… Gmina ………………………..

Ulica ………………………………….Nr domu ……………….Nr mieszkania ………………..

Kod pocztowy ……………… Poczta …………………. Miejscowość …………………............

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

Nazwa i adres ……………………………………………………………………………………..

1. **Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**
   1. Właściwy oddział NFZ ………………………………………………………………..........
   2. Jestem: emerytem □ tak □ nie

rencistą □ tak □ nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności □ tak □ nie

Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności …………………………….

1. **Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**
   1. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

□ Stosunku pracy

□ Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

□ Stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, S.C. i pozostałe

□ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy

□ Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

□ Wykonywania pracy nakładczej

□ Z innego tytułu (określić tytuł) ……………………………………………………………….

Równocześnie oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest ……………………(wpisać odpowiedni: niższa, równa, wyższa) od kwoty wynagrodzenia minimalnego.

* 1. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, że nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu.

1. Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ (niewłaściwe przekreślić) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w …………………………….

Oświadczam, że 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 Zleceniodawcą 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.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania 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 i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

(data, czytelny podpis Zleceniobiorcy)