

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

1. Dane osobowe

Nazwisko Imię

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwisko Rodowe Obywatelstwo PESEL

2. Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr Mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Województwo Powiat Gmina

3. Adres do korespondencji*

Ulica Nr domu Nr Mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Województwo Powiat Gmina

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych – obecnie i w przyszłości – w celach podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych przez zleceniodawcę

(nazwa zleceniodawcy – miejsce na pieczętkę)

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 ze zm.: w Dz. U. Nr 12/ 2000; poz. 136, Nr 50/2000, poz. 580 i Nr 116/2000, poz. 1216).

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

5.2. Jestem: emerytem TAK/NIE**
rencistą TAK/NIE**

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
TAK/NIE***

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

6.1 DOTYCZY/NIE DOTYCZY****

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu*****

- stosunku pracy
- z innego tytułu (określić tytuł).....

6.2 DOTYCZY/NIE DOTYCZY****

Oświadczam, iż jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

6.3 DOTYCZY/NIE DOTYCZY****

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

7. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

8. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego

WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym**

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 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.

.....
(podpis zleceniobiorcy)

* Wypełnić tylko gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania.

** Niewłaściwe skreślić.

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

**** Jeśli dotyczy wypełnić poniżej.

***** Właściwe zakreślić znakiem X