**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

**Dane osobowe do celów płacowych, podatkowych i ubezpieczeniowych**

- nazwisko ....................................................................................................................................

- imię ........................................................drugie imię .................................................................

-nazwisko rodowe (w/g aktu urodzenia) ......................................................................................

- data i miejsce urodzenia..............................................................................................................

- imię ojca................................................ imię matki ..................................................................

**-NIP ...............................................................PESEL..................................................................**

- wykształcenie............................................................ obywatelstwo .........................................

- nr telefonu kontaktowego ……………………………………………………………………..

- nr emerytury lub renty ............................stopień niepełnosprawności.......................................

okres niepełnosprawności (pobierania renty) od dnia .......................... do dnia ..........................

- **nr konta i nazwa banku............................................................................................................**

- dowód osobisty (cudzoziemcy-paszport): seria ..........................numer ....................................

- **adres zameldowania na stałe- miejsce pobytu** (w przypadku nie posiadania adresu zameldowania podać adres zamieszkania):

• miejscowość ...............................................................................................................................

• ulica................................................................nr domu............................. nr lokalu...................

• kod ...................................................... poczta ...........................................................................

• gmina / dzielnica ........................................................................................................................

• powiat .............................................................województwo.....................................................

2. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.................................................................................

3. Oddział Urzędu Skarbowego....................................................................................................

**4. Oświadczam, że** *(niepotrzebne skreślić):*

jestem studentem (uczniem szkoły ponadpodstawowej) i nie mam ukończone 26 lat

nie / tak

jestem słuchaczem studium podyplomowego i nie mam ukończone 26 lat

**nie / tak**

zostałem absolwentem szkół lub szkół wyższych, który w ciągu ostatnich 90 dni (od dnia zawarcia umowy zlecenia) uzyskał świadectwo ukończenia szkoły lub uzyskał dyplom ukończenia studiów wyższych

**nie / tak**

jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i moje wynagrodzenie miesięczne, które jest podstawią naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne jest wyższe od najniższego wynagrodzenia krajowego

**nie / tak**

jestem jednocześnie zatrudniony od dnia ...................................do dnia ..................................... na podstawie umowy zlecenie w innym zakładzie od której odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne

nie / tak

a wynagrodzenie miesięczne z tytułu umowy zlecenie jest wyższe od najniższego wynagrodzenia krajowego (w 2016 r. - 1850 zł):

**nie / tak**

jestem rencistą

**nie / tak**

jestem emerytem

**nie / tak**

jestem emerytem lub rencistą i jednocześnie zatrudniony na umowę o pracę w innej firmie

**nie / tak**

jestem emerytem lub rencistą jednocześnie zatrudniony od dnia ........................................do dnia...........................na umowę zlecenie w innej firmie.

**nie / tak**

prowadzę działalność gospodarczą (jej rodzaj nie jest tożsamy z charakterem prac. które będą wykonywane w ramach zawartej umowy zlecenie), od której odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne

**nie / tak**

5. Proszę o naliczanie podatku dochodowego w/g stawki (zaznacz odpowiednią):

l8% 32%

6. wnoszę o objęcie mojej *osoby(zakreśl odpowiednie):*

• obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym,: nie / tak

• dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (podać dzień objęcia ubezpieczeniem) : **nie / tak …………………………………………………………………………………………**

• dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, a obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym: **nie / tak**

• wyłącznie ubezpieczeniem zdrowotnym: **nie / tak**

7. dane dotyczące członka (członków) rodziny zgłaszanego przez zleceniobiorcę do ubezpieczenia zdrowotnego *(dotyczy wyłącznie zleceniobiorcy objętego ubezpieczeniem zdrowotnym):*

nazwisko ....................................................................................................................................... imię....................................................................drugie imię…………………………………….

PESEL ...................................NIP.................................. nr dowodu osobistego..........................

rodzaj pokrewieństwa..............................stopień niepełnosprawności członka rodziny...............

- czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z (pracownikiem) osobą ubezpieczoną **nie / tak**

- adres zamieszkania (podać-jeżeli adres człon, rodzin, jest inny niż adres zamieszkania zleceniobiorcy)..............................................................................................................................

Oświadczam, że powyższe dane podałem zgodnie ze stanem prawnym i faktycznym, o wszelkich zmianach w/w danych niezwłocznie powiadomię zleceniodawcę

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. .nr 133 poz. 883).

|  |
| --- |
|  |

data czytelny podpis zleceniobiorcy

 ………………………… …………………………………