

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZUS
DO UMOWY NR Z DNIA**

DANE IDENTYFIKACYJNE

Nazwisko i imię
Data i miejsce urodzenia PESEL
Adres zameldowania / zamieszkania dla celów podatkowych: kod
miejscowość poczta
ulica..... nr domu..... nr lok..... województwo

URZĄD SKARBOWY

Pełna nazwa
Ulica
Miejscowość (kod).....

CZĘŚĆ DOTYCZĄCA ZUS

I

1. Jestem zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę w wymiarze, co najmniej ½ etatu: TAK / NIE
2. Otrzymuję miesięcznie wynagrodzenie ze stosunku pracy (niezależnie od wymiaru zatrudnienia)
- do kwoty najniższego wynagrodzenia ze stosunku pracy: TAK / NIE

LUB

- powyżej kwoty najniższego wynagrodzenia ze stosunku pracy (2.800,00 zł brutto): TAK / NIE
3. Jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia u innego zleceniodawcy, który odprowadza z tego tytułu składki na ubezpieczenia społeczne: TAK (od jakiej kwoty.....) / NIE
4. Z tytułu wykonywania umowy zlecenia / o dzieło chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu: TAK / NIE
5. Z tytułu wykonywania umowy zlecenia / o dzieło chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu: TAK / NIE (dotyczy tylko osób podlegającym obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu)

II

1. Przebywam / nie przebywam na urlopie macierzyńskim / rodzicielskim / wychowawczym
od dnia do dnia
Przebywam / nie przebywam na urlopie bezpłatnym
od dnia do dnia
2. Pobieram / nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych
3. Posiadam / nie posiadam status/u bezrobotnego
4. Pobieram / nie pobieram rentę lub emeryturę
(podać nazwę i adres organu wypłacającego emeryturę lub rentę)
5. Jestem / nie jestem studentem lub uczniem
6. Oddział NFZ:

Oświadczam, że składane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych. Zobowiązuję się również do poinformowania w ciągu 7 dni zleceniodawcy o wszelkich zmianach w zakresie ww. danych.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutki prawne i finansowe powstałe w wyniku nieprawidłowego wypełnienia oświadczenia, bądź nie poinformowanie zleceniodawcy o zaistniałych zmianach, a mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego obciążają mnie jako zleceniobiorcę.

.....

data i podpis

*** Proszę zakreślić prawidłowe dane**