OŚWIADCZENIE DO UMOWY ZLECENIE/UMOWY O DZIEŁO

Dane podstawowe:

Nazwisko:	
Imiona:	
Data i miejsce urodzenia:	
Numer PESEL:	
Urząd Skarbowy właściwy dla Zleceniobiorcy/Wykonawcy/Autora*:	
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:	

Adres zamieszkania:

Ulica		Kod pocztowy	
Numer domu		Miejscowość	
Numer mieszkania		Gmina / dzielnica	
Województwo		Powiat	

Numer konta rachunku bankowego: ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Jestem przedsiębiorcą posiadającym numer NIP: ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ i odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne:	TAK/NIE*
- od podstawy wymiaru w wysokości co najmniej 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce tzw. pełny ZUS	TAK/NIE*
- preferencyjne składki ZUS	TAK/NIE*
- korzystam z tzw. ulgi na start / inne .....*	TAK/NIE*

1	Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy i osiągam co najmniej minimalne wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę *(przypisane dla całego etatu, w danym roku kalendarzowym),* od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne	TAK/NIE*
2	Jestem studentem szkoły wyższej *(studia I lub II stopnia)* lub uczniem szkoły ponadpodstawowej, który nie ukończył 26 lat	TAK/NIE*
3	Jestem doktorantem Szkoły Doktorskiej i otrzymuję stypendium doktoranckie, którego wysokość wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę i od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne	TAK/NIE*
4	Pobieram emeryturę/rentę* **nr: _____**	TAK/NIE*
5	Posiadam stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny *	TAK/NIE*
6	Jestem objęty/-a ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy/umów zlecenia u innego Zleceniodawcy/-ów, której/-ych wypłata przekracza kwotę minimalnego wynagrodzenia i następuje w każdym miesiącu w czasie trwania niniejszej umowy. *(Stosowne zaświadczenie od Zleceniodawcy/-ów należy złożyć wraz z oświadczeniem, w przypadku braku zaświadczenia, od niniejszej umowy zostaną potrącone składki na ubezpieczenie społeczne)*	TAK/NIE*
7	Wnioskuję o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym emerytalnym i rentowym z tytułu niniejszej umowy	TAK/NIE*
8	Wnioskuję o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu niniejszej umowy	TAK/NIE*

Oświadczam, że wszystkie dane podałem(am) zgodnie z prawdą.

Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstawania tychże zmian obciążają Zleceniobiorcę

.....

podpis podatnika