

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY 2020 rok

I. Informacja osobowa zleceniobiorcy do celów podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencyjnych:

Nazwisko Nazwiskorodowe.....

Imiona: : Imię ojca.....

Imię matki:..... Miejsce urodzenia.....

Data urodzenia..... PESEL:.....

Telefon Email:.....

Adres zamieszkania: Ulica:.....Nr domuNr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Wojództwo Powiat Gmina

Adres do korespondencji: (wypełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)

Ulica:.....Nr domuNr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Wojództwo Powiat Gmina

Urząd skarbowy (dokładny adres).....

Numer konta bankowego.....

Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

Oświadczam, że*

1. Jestem/ nie jestem* zatrudniony/a na podstawie **umowy o pracę**
(podać nazwę zakładu pracy)

Jeśli tak to: wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:

przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzenia 2600,00 zł brutto

nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia,

2. nie jestem/jestem*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, **umowę zlecenie lub inną umowę** o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartą na okres od dnia do dnia , z wynagrodzeniem brutto powyżej/poniżej*) minimalnego wynagrodzenia (obecnie wynosi 2600,00 zł brutto)

3. nie posiadam/posiadam*) ustalone prawo do **emerytury/renty** decyzją ZUS z dnia
i pobieram z ZUS w/w świadczenie

4. nie jestem/jestem*) **właścicielem/wspólnikiem**.....
(nazwa firmy, rodzaj działalności)
ubezpieczonym w ZUS od.....

5. nie jestem/jestem*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub **studentem** i nie ukończyłem 26 lat

.....
(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)

6. nie jestem/jestem bezrobotny/a*) zarejestrowany/a w **Powiatowym Urzędzie Pracy** w
..... i nie pobieram/pobieram*) zasiłek dla bezrobotnych*),

7. nie przebywam/przebywam*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym*) od dnia

8. posiadam/nie posiadam lekki/umiarkowany/znaczný stopieñ niepełnosprawności,*

9. Obowiązkowe Ubezpieczenia Społeczne

10. Usługę wykonam/nie wykonam w ramach osobiście wykonywanej działalności gospodarczej

11. Nie spełniam żadnego z podanych wyżej warunków i tym samym podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym

A ponadto chcę/nie chcę* ubezpieczyć się dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w pkt. 1-9 w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Płatnika na piśmie w terminie 3 dni roboczych od dnia wystąpienia tych zmian.

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 przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych _____, która będzie ich administratorem. Zgadzam się na przekazywanie tych danych osobom trzecim, a także na ich przetwarzanie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie niezbędnym do realizacji procesu rekrutacji. Administratorem danych jest: _____.

Data:

Podpis.....

* *niewłaściwe skreślić*