**Oświadczenie Zleceniobiorcy**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego

z tytułu wykonywania umowy zlecenia

**Dane osobowe**

Nazwisko ……………………….……………………….. Imiona 1) ……………………………………. 2) …………………………………..…….

Data urodzenia ……………………………………… Miejsce urodzenia ……………………………………………………………………..

Obywatelstwo ………………………………………………….

PESEL …………………………………………..……………………….

Nr karty stałego pobytu ( wypełniają obcokrajowcy ) ………………………………………………………………………………

Adres e-mail:……………………………………………………………………………………….  
telefon kontaktowy………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….….

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …..................................

**Adres do korespondencji ( gdy jest inny niż adres zamieszkania)**

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….….

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …..................................

**Urząd Skarbowy ( właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania )**

……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

**Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** ………………………………………………………………………………...

**Jako Wykonawca umowy oświadczam, że :**

|  |
| --- |
|  |

Jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę w

…………………………………………………………………………………………………….…………………………. lub równorzędnej.

Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

|  |
| --- |
|  |

co najmniej minimalne wynagrodzenie,

|  |
| --- |
|  |

mniej niż minimalne wynagrodzenie.

|  |
| --- |
|  |

Jestem jednocześnie już ubezpieczona/y ( ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenie lub agencyjną

|  |
| --- |
|  |

Jestem już ubezpieczona/y ( ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów ( np. działalność gospodarcza, KRUS)

Proszę podać tytuł ………………………………………………………………………..

Jestem :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  |   emerytem | |  | | --- | |  |   rencistą |

ZUS Inspektorat nr ……………………….. z siedzibą w …………………………………..

ul. ………………………………………………… nr ………………………………………..

|  |
| --- |
|  |

Mam ustalone prawo do emerytury (renty) określonej w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji

nr świadczenia …………………………… organ wypłacający ……………………………

|  |
| --- |
|  |

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności ( podać stopień) ………………………

|  |
| --- |
|  |

Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/Em 26 lat.

|  |
| --- |
|  |

Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

|  |
| --- |
|  |

Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

…………………………………………………………………………………………………..

Wynagrodzenie proszę przekazywać na konto

…………………………………………………………………………………………………..

**Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy :**

|  |
| --- |
|  |

Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

|  |
| --- |
|  |

chcę być objęta/y dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowym.

|  |
| --- |
|  |

nie chcę być objęta/y dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowym.

|  |
| --- |
|  |

Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

|  |
| --- |
|  |

Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

|  |
| --- |
|  |

Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

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 dokonywania 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 prawnymi.

………………………..…………………………..

( data i czytelny podpis )