



**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO CELÓW PODATKOWYCH
ORAZ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1. Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1. 2.
Imiona rodziców
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Nazwisko rodowe Obywatelstwo
PESEL
Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców)
Seria i nr dow. osob. wydany przez

2. Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT)

Nazwa i adres

Moim aktualnym identyfikatorem podatkowym jest numer:

uzupełnić jedno z poniższych

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

6. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ
--------------------	--------------------	---------------------	--	--------------------------------------



	okres zawarcia umowy		WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalną, rentową)
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określoneemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	Tak ☐ Nie ☐
--	---

Prowadzę działalność gospodarczą	Tak ☐ Nie ☐
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	Tak ☐ Nie ☐

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest
(wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa)
od kwoty wynagrodzenia minimalnego – (od 01.01.2019 r. – 2.250,00 zł brutto).

7. Mam ustalone prawo do emerytury Tak ☐ Nie ☐

znak:

Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. Tak ☐ Nie ☐

znak:od do dnia

Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno rentowego/

8. Mam ustalony stopień niepełnosprawności Tak ☐ Nie ☐

☐ 1 stopień ☐ 2 stopień ☐ 3 stopień

9. Jestem uczniem/studentem szkoły/uczelni, i nie ukończyłem 26. roku życia Tak ☐ Nie ☐

10. Jestem osobą bezrobotną Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) pod numerem,

z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.

Jestem bezrobotny(a) nie zarejestrowany(a), bez prawa do zasiłku Tak ☐ Nie ☐

11. Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym/bezpłatnym*) w okresie od..... do



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



12. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników

Tak ☐ Nie ☐

od.....

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem

13. Proszę o objęcie z tytułu niniejszej umowy dobrowolnym ubezpieczeniem:

• emerytalnym

Tak ☐ Nie ☐

• rentowym

Tak ☐ Nie ☐

• chorobowym

Tak ☐ Nie ☐

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie zawarta z ZHP Chora-giew Łódzka niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę, umowy zlecenie itd.)

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania 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.

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

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRRR)

Podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy

*) niepotrzebne skreślić

