

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

1. NAZWISKO			
2. IMIONA			
3. DATA I MIEJSCE URODZENIA			
4. IMIONA RODZICÓW			
5. NUMER PESEL			
6. NUMER NIP			
7. SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO			
8. ADRES ZAMIESZKANIA	_____	_____	_____
	Ulica	Nr domu	Numer mieszkania
_____	_____	_____	_____
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
9. ADRES DO KORESPONDENCJI	_____	_____	_____
	Ulica	Nr domu	Numer mieszkania
_____	_____	_____	_____
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
10. KONTO BANKOWE	_____		
	Nazwa banku		

	Numer konta bankowego		
11. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE	1. Jestem objęty ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu: <input type="checkbox"/> stosunku pracy i z tego tytułu osiągam przychód (wynagrodzenie określone w umowie) równy co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu (2250,0 zł w 2019 r. brutto) - przebywam/ nie przebywam na urlopie bezpłatnym - przebywam/ nie przebywam na urlopie wychowawczym		

	<input type="checkbox"/> członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych <input type="checkbox"/> stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW. SC <input type="checkbox"/> wykonywania pracy nakładczej <input type="checkbox"/> prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko (i podstawę wymiaru stanowi kwota równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu (2250,0 zł w 2019 r. brutto), współpracy przy prowadzonej działalności <input type="checkbox"/> z innej umowy zlecenia gdzie podstawa wymiaru składek (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu (2250,00 zł w 2019 r. brutto)		
	<p>2. Jestem / nie jestem uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat.</p> <hr/> <p>Nazwa szkoły lub uczelni <i>Status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba, która kończy studia I stopnia licencjackie (inżynierskie) a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.</i></p> <p>3. Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie społeczne:</p> <p>Emerytalne i rentowe: Tak Nie</p> <p>Chorobowe: Tak Nie</p>		
12. PRAWO DO EMERYTURY LUB RENTY	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Posiadam</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nie posiadam</td> </tr> </table>	Posiadam	Nie posiadam
Posiadam	Nie posiadam		
13. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Posiadam</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nie posiadam</td> </tr> </table>	Posiadam	Nie posiadam
Posiadam	Nie posiadam		
14. NAZWA NFZ	<hr/> Nazwa NFZ		
15. URZĄD SKARBOWY	<hr/> Nazwa urzędu skarbowego		

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ (niewłaściwe przekreślić) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w Gołdapi.

Zobowiązuję się w terminie 7 dni do poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia.

Jednocześnie oświadczam, że wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia zawartej pomiędzy Powiatowym Lekarzem Weterynarii w Gołdapi – Zleceniodawcą, a mną – Zleceniobiorcą nie będzie objęte ubezpieczeniem społecznym.

Zobowiązuję się dostarczać raz w miesiącu potwierdzenie opłaty składek na ubezpieczenie społeczne z

tytułu.....

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) oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**

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.

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

Miejscowość i data

Podpis osoby składającej kwestionariusz