

Oświadczenie Zleceniobiorcy/Wykonawcy
z tytułu zawartej umowy cywilnoprawnej dla celów ustalenia obowiązku
ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych

Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1) 2)

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe Obywatelstwo

PESEL

Adres zameldowania

Województwo Powiat Gmina

Ulica nr domu nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Adres zamieszkania (jeśli inny niż adres zameldowania)

Województwo Powiat Gmina

Ulica nr domu nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Urząd Skarbowy (właściwy dla Zleceniobiorcy/Wykonawcy ze względu na adres zameldowania)

.....

Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

.....

Nr rachunku bankowego, na który ma być przekazywane wynagrodzenie:

.....

Prowadzę działalność gospodarczą o numerze NIP:

Telefon kontaktowy: **E-mail:**

I. Jako Zleceniobiorca/Wykonawca umowy oświadczam, że :

(* właściwe zakreślić)

1. Jestem jednocześnie zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę **TAK / NIE**

(nazwa zakładu pracy)

a) Na czas nieokreślony **TAK / NIE**

b) Na czas określony do dnia **TAK / NIE**

c) Składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej umowy o pracę **TAK / NIE**

odprowadzane są od kwoty nie niższej niż minimalne wynagrodzenie
za pracę w 2016 roku tj. do kwoty **nie niższej niż 1 850 zł.** miesięcznie.

2. Mam ustalone prawo do emerytury **TAK / NIE**
3. Mam ustalone prawo do renty do dnia **TAK / NIE**
4. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem/am 26 lat. **TAK / NIE**
(nazwa i adres szkoły / uczelni)
5. Jestem objęty/a ubezpieczeniami społecznymi z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej **TAK / NIE**
6. Zlecenie to wykonam w ramach działalności gospodarczej i wystawię fakturę **TAK / NIE**
7. Aktualnie wykonuję inną umowę zlecenie **TAK / NIE**
(zawartą na okres) od do
8. Jestem zarejestrowany/a jako bezrobotny/a w Urzędzie Pracy **TAK / NIE**
9. Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych z innego tytułu **TAK / NIE**
(tytuł ubezpieczeń)

II. Z tytułu wykonywania tej umowy zgłaszam się do dobrowolnych ubezpieczeń:

- emerytalno-rentowych **TAK / NIE**
- chorobowego **TAK / NIE**

III. O wszelkich zmianach dotyczących treści oświadczenia zobowiązuję się powiadomić Zleceniodawcę w ciągu 5 dni od ich zajścia.

Data:, Czytelny podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy: