



# OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

## DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU

### UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ

### CELÓW PODATKU DOCHODOWEGO

#### I. Dane osobowe zleceniobiorcy

1. Nazwisko: .....
2. Imię (imiona): .....
3. Nazwisko rodowe: .....
4. Data i miejsce urodzenia: .....
5. Obywatelstwo: .....
6. PESEL: .....
7. Adres zamieszkania: ulica i nr .....
8. Miejscowość .....
9. Kod pocztowy .....
10. Poczta .....
11. Gmina .....
12. Powiat .....

#### II. Oświadczam, że:

- Jestem zatrudniony na podstawie **umowy o pracę**  
w..... wymiar etatu.....
- Miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto **przekracza lub jest równe** minimalnemu wynagrodzeniu
- Miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto **jest niższe** od minimalnego wynagrodzenia
- Jestem jednocześnie ubezpieczony 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 ..... do ..... z wynagrodzeniem **brutto równego/powyżej/poniżej minimalnego wynagrodzenia**
- Jestem ubezpieczony/a (ubezpieczenie emerytalne/rentowe) z innych tytułów niż wcześniej wymienione: ..... (tytuł)
- Posiadam ustalone prawo do **emerytury/renty** decyzją ZUS z dnia ..... nr..... i pobieram z ZUS wyżej wymienione świadczenie.
- Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.**  
Orzeczony stopień niepełnosprawności: .....
- Jestem **uczniem** szkoły ponadpodstawowej lub **studentem** i nie ukończyłem 26 lat.
- Nie pracuje**, nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna i nie jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.
- Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym od dnia .....do dnia.....

### III. Pozostałe dane dotyczące zleceniobiorcy

1. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ): .....

### IV. Zgodnie z powyższym oświadczeniem:

- Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.
- Nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.
- Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

### V. Pozostałe dane dotyczące zleceniobiorcy

1. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego:

.....

### VI. Rachunek bankowy na który będzie przekazywane wynagrodzenie:

1. Nazwa banku:.....

2. Numer rachunku bankowego:

.....

### POUCZENIE:

Zobowiązuję się zawiadomić Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w oświadczeniu w terminie **3 dni** od dnia nastąpienia 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 podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

data

.....

podpis zleceniobiorcy