

## OŚWIADCZENIE ZECENIOBIORCY

I. Dane osobowe do celów podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych:

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze ..... 3. Imię drugie .....
4. Imię ojca ..... 5. Imię matki .....
6. Nazwisko rodowe ..... 7. Obywatelstwo .....
8. Data urodzenia ..... 9. Miejsce urodzenia .....
10. PESEL / NIP .....
11. Adres zamieszkania
  - a) Miejscowość ..... b) Kod pocztowy ..... c) Poczta .....
  - d) Ulica ..... e) Nr domu ..... f) Nr lokalu .....
  - g) Gmina ..... h) Powiat ..... i) Województwo .....
12. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....

II. Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam\* zgodę/y na potrącanie dobrowolnych składek społecznych (emerytalnej, rentowej, chorobowej.),

III. Jestem:

- a) pracownikiem tutejszego zakładu pracy,
- b) emerytem (rencistą), nigdzie nie zatrudnionym / zatrudnionym\*,
- c) bezrobotnym, nigdzie nie zatrudnionym,
- d) właścicielem (wspólnikiem) ..... ubezpieczonym w ZUS  
od..... w .....  
(nazwa firmy, rodzaj działalności)
- e) uczniem lub studentem i nie ukończyłem/am 26 lat .....  
(nazwa szkoły, uczelni)
- f) zatrudniony w .....  
(nazwa zakładu pracy)
- g) moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi: **co najmniej minimalne wynagrodzenie / mniej niż minimalne wynagrodzenie\***,
- h) posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień) .....
- i) ubezpieczony (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonuję pracę nakładczą; umowę zlecenie lub agencyjną.

Oświadczenie niniejsze składam płatnikowi składek w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania pracodawcy o wszystkich zmianach mających wpływ na treść powyższego oświadczenia niezwłocznie po ich wystąpieniu.

Odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)

\* niepotrzebne skreślić