

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń

Nazwisko: Nazwisko rodowe
 Imiona: 1. 2.
 Data urodzenia: PESEL
 Inny identyfikator jeśli nie nadano nr PESEL (dowód osobisty, paszport, NIP).....

Miejsce zameldowania

Gmina/Dzielnica: Województwo:
 Ulica: Nr domu m.
 Kod pocztowy: Miejscowość:
 Kraj: Obywatelstwo:

Miejsce zamieszkania

Gmina/Dzielnica: Województwo:
 Ulica: Nr domu m.
 Kod pocztowy: Miejscowość:
 Kraj: Obywatelstwo:

Oświadczam że:*** niewłaściwe skreślić**

a) jestem/nie jestem* zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy (nazwa zakładu pracy) z tytułu zatrudnienia osiągam dochód wyższy/niższy* niż minimalne wynagrodzenie.

b) wykonuję / nie wykonuję* w innych zakładach pracy umowę zlecenia

- okres obowiązywania umowy zlecenia – od dnia do dnia
 - okres obowiązywania umowy zlecenia - od dnia do dnia

c) prowadzę/ nie prowadzę* działalność gospodarczą

z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenie społeczne **TAK/NIE***

d) jestem/nie jestem* uprawniony do emerytury/renty* ustalonej decyzją oddziału ZUS , decyzja z dnia, znak:

e) posiadam/nie posiadam* orzeczony stopień niezdolności do pracy (w przypadku orzeczonego stopnia niezdolności do pracy należy dołączyć orzeczenie organu orzekającego)

f) jestem/nie jestem* uczniem – studentem (nazwa uczelni/szkoły)

g) wnoszę/nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy jestem odpowiedzialności karnej z art. 123 § 1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić zleceniodawcę.

.....
 (data)

.....
 (podpis osoby składającej oświadczenie)