

**Oświadczenie dla celów podatkowych, ubezpieczenia ZUS i PPK
do umowy o dzieło/ , zlecenia***

Nazwisko i imiona

nazwisko rodowe płeć kobieta/mężczyzna*

imiona rodziców.....

data urodzenia..... miejsce urodzenia.....obywatelstwo

Pesel * NIP..... ZAWÓD

**Niniejszym oświadczam, że moim identyfikatorem w Urzędzie Skarbowym
jest NIP/Pesel * (zaznaczyć właściwe kółkiem)**

Adres zamieszkania dla celów podatkowych: kod poczta

miejsowość..... gminapowiat.....

ulica nr domu nr mieszkania

województwo kraj

Adres do korespondencji: kod poczta

miejsowość..... gmina

ulica nr domu nr mieszkania

Oddział NFZ

Urząd Skarbowy adres US

§ 1

Jestem pracownikiem

.....

(nazwa i numer jednostki)

§ 2

(Zaznaczyć znakiem **X** odpowiednią kratkę)

I. Jako Wykonawca umowy oświadczam, że:

1. Jestem jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej,
Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:
 - a) co najmniej minimalne wynagrodzenie,
 - b) mniej niż minimalne wynagrodzenie.
2. Jestem jednocześnie już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenia lub agencyjną Jestem już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów niż w pkt 1 i 2 (np. działalność gospodarcza, KRUS)
..... (podać tytuł).

3. Jestem emerytem lub rencistą - nr świadczenia ZUS
 ZUS Inspektorat nr z siedzibą w
 ul. nr
4. Mam ustalone prawo do emerytury (renty) określonej w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji nr świadczenia organ wypłacający świadczenie
5. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/łem 26 lat.
6. Jestem doktorantką /em
7. Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana /ny jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta / ty ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.
9. Posiadam /nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym*

II. Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

1. Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.
2. Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.
3. Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu
4. Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.
5. chcę przystąpić do PPK **(jest to możliwe tylko w przypadku podlegania ubezpieczeniom społecznym obowiązkowym czy dobrowolnym)**
6. rezygnuję z przystąpienia do PPK **KONIECZNIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DEKLARACJĘ O REZYGNACJI Z DOKONYWANYCH WPLĄT**

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadoma/ my odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę/Zamawiającego na piśmie.

NR konta bankowego **tylko w przypadku zmiany**

Podać:

- okres trwania umowy od kiedy..... do kiedy.....
- czego dotyczyć ma umowa:

.....

- miejsce wykonywania umowy

.....

.....
 Telefon kontaktowy

.....
 data

.....
 adres e-mail

.....

podpis wykonawcy/zleceniobiorcy

*/ niepotrzebne skreślić