O Ś W I A D C Z E N I E Z L E C E N I O B I O R C Y

Nazwisko: ..... imiona: 1/ .....

2/ .....

Nazwisko rodowe: .....

imię ojca: ..... imię matki: .....

data urodzenia: ..... miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania:

kod: ..... miejscowość: .....

powiat: ..... gmina/dzielnica: .....

województwo: .....

ulica: ..... nr.domu: ..... nr.mieszkania: .....

Urząd Skarbowy: .....

nr PESEL

Numer konta bankowego: .....

Oświadczenie w celu ustalenia obowiązku potrącania składek ubezpieczenie społeczne i zdrowotne:

Oświadczam, jako Zleceniobiorca tej umowy, że:

1/ ☐ jestem równocześnie zatrudniony /a/ na podstawie umowy o pracę
zobowiązuję się powiadomić o przerwach w zatrudnieniu na umowę o pracę np..: z powodu urlopu bezpłatnego

2/ wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie **(na rok 2020 - 2600 zł brutto**)

☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie

3/ ☐ jestem równocześnie zatrudniony /a/ na podstawie umowy zlecenie w okresie od ……..…...do ……..

a/ ☐ od której są potrącane składki emerytalno-rentowe

b/ ☐ od której **NIE** są potrącane składki emerytalno-rentowe

4/ ☐ jestem już ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej o opłacam składki społeczne ZUS

5/ ☐ jestem emerytem ☐ jestem rencistą/(nr świadczenia i kto wypłaca)……...…

6/ jestem osobą bezrobotną ☐ z prawem ☐ bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych

7/ ☐ jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej

☐ studentem i nie ukończyłem 26 lat, rodzaj studiów:

☐ licencjackie ☐ magisterskie ☐ doktoranckie

/dołączyć kserokopię legitymacji studenckiej lub szkolnej/

8/ ☐ mam orzeczony stopień niepełnosprawności: ☐lekki, ☐umiarkowany, ☐znaczny

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę na piśmie /dotyczące również zmian w okresach zatrudnienia/

Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków

UWAGA: Dodatkowo zleceniobiorca może przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia ZUS

☐ proszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

☐ proszę o dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe

Data

Podpis zleceniobiorcy

* ☐ zaznaczyć właściwy kwadrat