OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TYTUŁU UBEZPIECZENIA ZLECENIOBIORCY\*

Nazwisko………………………………………………………………………………….

Imię …………………………………………………………………………………………

Imiona rodziców ……………………………………………………………………..

Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………………………

**Miejsce zamieszkania**:

Gmina……………………………………kod pocztowy……………………………..

Miejscowość……………………………………………………………………………….

Ulica………………………………………..nr domu ……………………lok…………

**Oddział NFZ**………………………………………………………………………………..

**Urząd Skarbowy**………………………………………………………………………….

**Nr konta osobistego i nazwa banku:…………………………………………………………………………………………………..**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, jako zleceniobiorca tej umowy, że:

1. Jestem równocześnie zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej (bez względu na wymiar czasu pracy TAK/NIE\*……………………………………………………………………………...............................
2. Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

- co najmniej minimalne wynagrodzenie TAK/NIE\*

- mniej niż minimalne wynagrodzenie TAK/NIE\*

1. Wykonuję umowę zlecenia u innego zleceniodawcy TAK/NIE\*

W przypadku udzielenia odpowiedzi TAK oświadczam, że umowa została zawarta na okres od

dnia……. do dnia……… Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję/uzyskałam/przychód

miesięczny będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne:

- w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia TAK/NIE\*

- w wysokości mniej niż minimalnego wynagrodzenie TAK/NIE\*

4. Jestem już ubezpieczony z innych tytułów niż pkt 1 i 3 ………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(określić tytuł ubezpieczenia, nazwę i adres firmy, działalności itp.)

1. Jestem emerytem/rencistą TAK/NIE\* - numer legitymacji………………………………………………………..
2. Jestem osoba bezrobotną TAK/NIE\*
3. Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE\*(jeśli TAK proszę dostarczyć zaświadczenie z uczelni)
4. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE\*. Jeśli odpowiedź brzmi TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności…………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że o wszystkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę na piśmie. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków

\*Zaznaczyć właściwe

Miejscowość ………………………………., data………………………….

………………………………………………………..

Czytelny podpis wypełniającego