|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ, IMIONA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIONA RODZICÓW** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA, MIEJSCE URODZENIA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NAZWISKO RODOWE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Adres zamieszkania**

Województwo ………………………………. Powiat ………………………………. Gmina ……………………………..

Ulica …………………………………… Nr domu …………………………………. Nr mieszkania …………………………

Miejscowość ……………………………… Kod pocztowy …………………………… Poczta …………………………

**Adres do korespondencji (**wypełnić tylko wtedy, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)**

Województwo ………………………………. Powiat ………………………………….. Gmina ……………………………..

Ulica …………………………………… Nr domu …………………………………. Nr mieszkania …………………………

Miejscowość ………………………………… Kod pocztowy …………………………… Poczta …………………………

**Urząd Skarbowy** (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

Właściwy odział Narodowego Funduszu Zdrowia ……………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:** |

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FORMA ZATRUDNIENIA** | **WYMIAR CZASU PRACU** | **NAZWA ZAKLADU PRACY** | **CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE** **Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI** | **CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)** |
| **1** |  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
| **2** |  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
| **3** |  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **Tak** □ **Nie** □ |

1. **Prowadzenie działalności gospodarczej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | **Tak** □ **Nie** □ |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).** | **Tak** □ **Nie** □ |

1. **Mam ustalone prawo do emerytury** **Tak** □ **Nie** □
2. **Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak** □ **Nie** □
3. **Jestem osobą bezrobotną**  **Tak** □ **Nie** □

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .............................................................................................. z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

\* *niepotrzebne skreślić*

**7 Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników**  **Tak** □ **Nie** □

od dnia...........................................

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ..........................................................

**8. Nazwa banku oraz nr rachunku bankowego, na który będzie wypłacane wynagrodzenie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej
w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić właściwą jednostkę organizacyjną : Powiatowy Inspektorat Weterynarii
w Zgierzu**

**W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **–** |  |  | **–** |  |  |  |  |  |  |
| Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR) |  | **Podpis Zleceniobiorcy**  |