

OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH

<i>PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI:</i>	
DANE OSOBOWE	
NAZWISKO:	PESEL:
IMIONA: 1.	2.
Data urodzenia:	Seria i nr dowodu osobistego:
NIP:	* Tel. kontaktowy:
* Adres mailowy:	
Adres zameldowania:	
Województwo:	Miejscowość:
Powiat:	Gmina:
Kod pocztowy:	Ulica:
Nr domu:	Nr mieszkania:
Adres do korespondencji / zamieszkania (nie wypełniać jeżeli jest taki sam jak powyżej)	
Województwo:	Miejscowość:
Powiat:	Gmina:
Kod pocztowy:	Ulica:
Nr domu:	Nr mieszkania:
URZĄD SKARBOWY	
Nazwa:	
ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA (NFZ)	
Nazwa:	
NUMER KONTA	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

* informacje nie obowiązkowe

.....
(podpis zleceniobiorcy)

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Jestem studentem¹ /ucznem szkoły ponadpodstawowej **do 26 lat** i posiadam ważną legitymację studencką/szkolną, której kopię dołączam do niniejszego oświadczenia *(*właściwe zaznaczyć znakiem X)*

1.1. TAK

1.2. NIE

2. Jestem objęta/y ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu *(właściwe zakreślić znakiem X)*

2.1. Stosunku pracy

2.2. Umowy kontraktowej

2.3. Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

2.4. Stosunku służby mundurowej np.: Policja, PSP, ABW, CBA, BOR i pozostałe

2.5. Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy

2.6. Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

• składki opłacam na zasadach preferencyjnych **MAŁY ZUS PLUS** TAK NIE

2.7. Wykonywania pracy nakładczej

2.8. Z innego tytułu (określić tytuł)

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest: niższa wyższa od kwoty wynagrodzenia minimalnego – (od 01.01.2025 r. – 4.666,00 zł brutto)

3. Nie jestem objęta/y ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego z w/w tytułu *(niewłaściwe skreślić)*

DOTYCZY / NIE DOTYCZY

4. Oświadczam, iż *(właściwe zakreślić znakiem X)* NIE POZOSTAJĘ POZOSTAJĘ w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

5. Jestem: emerytem tak nie nr emerytury:

rencistą tak nie nr renty:

6. Mam orzeczony stopień niepełnosprawności *(*właściwe zaznaczyć):* TAK NIE

Lekki / Umiarkowany / Znaczny *(niepotrzebne skreślić)*

● Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu niniejszej umowy zlecenie

*(*właściwe zaznaczyć):* TAK NIE

Oświadczam, że wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w trakcie trwania umowy zlecenia.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

¹ Dla celów ubezpieczenia społecznego **nie są studentami uczestnicy studiów doktoranckich i studiów podyplomowych**