miejscowość:…….. dnia:…….

# OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH

| | |
|---|---|
| ***PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI:*** | |
| **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 studentem[1] /uczniem 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

**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***