

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń

Nazwisko: Nazwisko rodowe:
Imiona 1. 2.
Data urodzenia PESEL
Inny identyfikator jeżeli nie nadano nr PESEL (*dowód osobisty, paszport, NIP*)

Miejsce zameldowania

Gmina/Dzielnica: Województwo:
Ulica: Nr domu: m.
Kod pocztowy: Miejscowość:
Kraj: Obywatelstwo:

Miejsce zamieszkania (jeżeli jest inne jak miejsce zameldowania)

Gmina/Dzielnica: Województwo:
Ulica: Nr domu: m.
Kod pocztowy: Miejscowość:
Kraj: Obywatelstwo:

Oświadczam że:

*)- niewłaściwe skreślić lub zakreślić właściwe

a) **jestem/nie jestem*)** zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy
(nazwa zakładu pracy).....;

z tytułu zatrudnienia **osiągam dochód wyższy/n niższy*)** niż minimalne wynagrodzenie.

b) **wykonuję/nie wykonuję*)** w innych zakładach pracy umowę zlecenia

- okres obowiązywania umowy zlecenia – od dnia do dnia.....
- okres obowiązywania umowy zlecenia – od dnia do dnia.....

c) **prowadzę/nie prowadzę*)** działalność gospodarczą

z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenie społeczne **Tak / Nie*)**

d) **jestem/nie jestem*)** uprawniony do **emerytury /renty*)** ustalonej decyzją oddziału ZUS

decyzja z dnia znak:

e) **posiadam / nie posiadam *)** orzeczony stopień niezdolności do pracy (*w przypadku orzeczonego stopnia niezdolności do pracy należy dołączyć orzeczenie organu orzekającego*)

f) **jestem/nie jestem*)** uczniem – studentem (*nazwa uczelni/szkoły*).....

g) **wnoszę / nie wnoszę*)** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy jestem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić zleceniodawcę

data.....

.....
podpis osoby składającej oświadczenie