

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY (DOTYCZY 2021 ROKU)**

(prosimy wypełniać czytelnie )

Nazwisko .....

Imiona 1 ..... 2 .....

Imię ojca ..... Imię matki ..... Nr PESEL .....

Miejsce urodzenia ..... Data urodzenia .....  
dzień miesiąc rok

Obywatelstwo ..... Telefon. ....Adres e-mail.....

Seria i numer dowodu osobistego .....Numer ewidencyjny NIP.....

**ADRES I MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

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

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....Gmina .....

Województwo .....Poczta .....

Urząd skarbowy .....

Należę do ..... Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Nr rachunku bankowego.....  
wzór 11 1111 1111 1111 0000 0000 0000

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy zlecenia**

Prowadzę działalność gospodarczą – TAK / NIE\*      Jeżeli TAK: NIP: .....

Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam za siebie **pełne składki** ZUS – TAK / NIE\*

Jestem emerytem\*/rencistą\*/ucznem\*/studentem (do 26 lat)\* Numer indeksu/legitymacji .....

Nazwa uczelni .....

Oprócz umowy zlecenia z Wami jestem pracownikiem innego zakładu pracy TAK / NIE\*

Nazwa zakładu pracy.....

Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę /umowy zlecenia w wymiarze .....czasu pracy

**Osiągam wynagrodzenie brutto w kwocie nie mniejszej niż 2800,00 zł. TAK/NIE**

Jestem zarejestrowany (a) w Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna TAK / NIE\*

**Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania zawartej z NZOZ OMNI-MED Umowy :**

**Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe TAK / NIE\*; chorobowe TAK / NIE\***

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania NZOZ OMNI-MED o wszelkich zaistniałych zmianach w terminie 7 dni od nastąpienia odpowiedniej zmiany .

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(łam) zgodnie z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jestem świadom odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji ,także pod względem rozliczeń składkowych z ZUS i w przypadku ,gdyby podane przeze mnie dane okazały się błędne ,co skutkowałoby koniecznością uregulowania dodatkowych składek wobec ZUS zobowiązuje się do ich pokrycia .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu i umowach zlecenia, sporządzonych na podstawie oświadczenia, dla potrzeb niezbędnych do realizacji dotacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).

\* niepotrzebne skreślić

Dnia, .....

(podpis osoby składającej oświadczenie)