

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY (DOTYCZY 2023 ROKU)

(prosimy wypełniać czytelnie)

Nazwisko

1..... 2

Imię ojca Imię matki Nr PESEL

Miejsce urodzenia Data urodzenia

dzień miesiąc rok

Obywatelstwo Telefon.Adres e mail

Seria i numer dowodu osobistegoNumer ewidencyjny NIP.....

ADRES I MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Ulica Nr domu Nr mieszkania.....

Kod pocztowy MiejscowośćGmina

WojewództwoPoczta

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*/uczniem*/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 w wymiarzeczasu pracy

Osiągam wynagrodzenie brutto w kwocie nie mniejszej niż 3490,00 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)