

**Oświadczenie Zleceniobiorcy  
dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego  
z tytułu wykonywania umowy zlecenia**

**Dane osobowe**

Nazwisko ..... Imiona 1) ..... 2) .....  
Imię ojca ..... Imię matki .....  
Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....  
Nazwisko rodowe ..... Obywatelstwo .....  
PESEL..... NIP .....  
Nr karty stałego pobytu ( wypełniają obcokrajowcy ) .....  
Nr konta bankowego.....

**Adres zamieszkania**

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....  
Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....  
Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

**Adres do korespondencji ( gdy jest inny niż adres zamieszkania)**

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....  
Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....  
Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

**Urząd Skarbowy ( właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania )**

**Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** .....

**Jako Zleceniobiorca umowy oświadczam, że:**

1.  Jestem jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej  
w .....  
Moje miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:  
a)  co najmniej minimalne wynagrodzenie\*\*  
b)  mniej niż minimalne wynagrodzenie.
2.  Jestem jednocześnie już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą, umowę zlecenie lub umowę agencyjną w okresie od.....do.....
3.  Jestem już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów niż w pkt 1 i 2 (np. działalność gospodarcza, KRUS).....(podać tytuł).
4.  Jestem emerytem lub rencistą\*. Nr świadczenia ZUS .....
5.  Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak  nie   
Jeśli zaznaczono Tak , określić orzeczony stopień niepełnosprawności:.....
6.  Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/łem 26 lat
7.  Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana /ny jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/ty ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

**Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:**

- Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu (punkty 1b lub 7) i chcę/ nie chcę\* być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu; chcę/ nie chcę\* być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o ewidencji i identyfikacji podatników z 29 lipca 2011 r. obowiązującej od 1.01.2012 r. oświadczam, że moja sytuacja prawno-podatkowa uprawnia mnie do **posługiwania się numerem PESEL/NIP** (odpowiednio skreślić).

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

**Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.**

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonywania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

.....  
Data i podpis zleceniobiorcy

\*/ niepotrzebne skreślić

\*\*/ minimalne wynagrodzenie za pracę od 01.01.2017 r. wynosi 2000,00 zł

zaznaczyć właściwy