

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń na rok 2023

Nazwisko: Nazwisko rodowe:

Imiona 1. 2.

Data urodzenia PESEL

Seria i nr dowodu osobistego:

Inny identyfikator jeżeli nie nadano nr PESEL (*dowód osobisty, paszport, NIP*)

Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT):

Nazwa i adres

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.

(od 01.01.2023 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 3.490,00 zł brutto,

od 01.07.2023 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 3.600,00 zł brutto).

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 **AS** Decyzja z dnia

..... znak:

e) **posiadam / nie posiadam** *) orzeczonego 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.

h) Numer rachunku bankowego

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 **niewzłocznie** powiadomić zleceniodawcę.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania 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.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

data.....

.....
podpis osoby składającej oświadczenie