

# OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń na rok 2024

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 01.01.2024 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 4.242,00 zł brutto,

od 01.07.2024 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 4.300,00 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 **ZS**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 niezwłocznie 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