

# OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń na rok 2026

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 01.01.2026 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 4806,00 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 ZUS decyzją z dnia

..... znak: .....

e)  posiadam /  nie posiadam \*) orzeczony stopień niezdolności do pracy (*w przypadku orzeczonego*

*stopnia niezdolności do pracy należy dołączyć orzeczenie organu orzekającego*)

f)  jestem /  nie jestem \*) uczniem – studentem (*nazwa*

*uczelnia/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 **niewłocznie** 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