

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY (WYKONAWCY)

do umowy zawartej w dniu

Dane zleceniobiorcy (wykonawcy) potrzebne do przygotowania zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozliczenia z Urzędem Skarbowym.

1. **Imię i Nazwisko:**

.....

2. Drugie imię: (jeśli wpisane w dowodzie osobistym)

.....

3. Nazwisko rodowe:.....

4. Data urodzenia:..... Miejsce urodzenia:

5. PESEL:.....NIP:.....

6. Urząd Skarbowy (nazwa i adres):

.....

7. Seria i nr dowodu (DOBROWOLNE) :..... Obywatelstwo:.....

8. Informacja o uprawnieniach do pobierania:

– Emerytury: tak / nie* - Renty: tak /nie*

9. Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności? jeśli tak :

- a) Mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- b) Mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- c) Mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

10. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

11. Miejsce zatrudnienia w czasie trwania umowy zlecenia / o dzieło w Szpitalu **Grochowskim** – nazwa i adres pracodawcy lub innego zleceniodawcy u którego są odprowadzane składki na ubezpieczenie emerytalno – rentowe):

.....

12. Czy zleceniobiorca jest studentem do 26-go roku życia:

13. Nie pracuję/ nie jestem zarejestrowana/y/ jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y/ ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.....

14. Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

.....

15. Adres zameldowania:

◆ Kod pocztowy:Miejscowość:.....

◆ Gmina:Ulica:

◆ Nr domu:Nr lokalu:Telefon:

16. Adres zamieszkania:

◆ Kod pocztowy:Miejscowość:

◆ Gmina:.....Ulica:.....

◆ Nr domu:.....Nr lokalu:..... Telefon:.....

W przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż zameldowania proszę o wskazanie adresu do korespondencji:.....

17. Czy zleceniobiorca wnosi o objęcie **dobrowolnym** ubezpieczeniem?

▪ emerytalnym i rentowym – tak / nie *

▪ chorobowym – tak / nie *

18. Proszę o przesłanie na konto / wypłatę gotówką *

w banku

nr konta.....

Dla zleceniobiorców zatrudnionych również poza Szpitalem Grochowskim lub wykonujących inną umowę zlecenia u innego pracodawcy lub zleceniodawcy:

Oświadczam, że **moje wynagrodzenie** ze stosunku pracy w **macierzystym zakładzie pracy/umowy zlecenia, która jako pierwsza rodziła obowiązek opłacania składek** na ubezpieczenia społeczne, otrzymane w okresie wykonywania niniejszej umowy zlecenia dla Szpitala Grochowskiego, tj. od do w przeliczeniu na okres jednego miesiąca **jest niższe* / nie jest niższe* od kwoty minimalnego wynagrodzenia** określonego przez ustawę o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 2177 z późn. zm.).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. **Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach** dotyczących niniejszego oświadczenia oraz **przejmuję odpowiedzialność z tytułu nie dotrzymania niniejszego zobowiązania.**

.....
data i podpis zleceniobiorcy (wykonawcy)

*niepotrzebne skreślić