

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZUS
DO UMOWY ZLECENIA/DZIEŁO**

Imię i nazwisko

Data **miejsce urodzenia**

PESEL:

Numer paszportu lub dowodu osobistego (w przypadku braku numeru PESEL).....

Adres zameldowania:.....

.....

Adres zamieszkania na cele podatkowe:

.....

Numer konta bankowego:

Urząd Skarbowy:

Oddział NFZ:

Jako Zleceniobiorca/Wykonawca umowy oświadczam, że:

1. Nie jestem/Jestem* jednocześnie zatrudniona/-ny na podstawie **umowy o pracę** lub równorzędnej w okresie od do, a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie,

☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie.

W czasie wykonywania umowy zlecenia, której dotyczy oświadczenie, nie przebywam / przebywam* na urlopie bezpłatnym/wychowawczym/macierzyńskim przyznanym w okresie od do

2. Wykonuję / nie wykonuję* jednocześnie na rzecz innego podmiotu **umowę zlecenia lub umowę agencyjną** w okresie od do i wynagrodzenie z tej umowy przekracza/nie przekracza* minimalnego wynagrodzenia za pracę.

3. Nie jestem/Jestem* już ubezpieczona/-ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) **z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej:**

- zakres umowy pokrywa się z zakresem prowadzonej działalności gospodarczej TAK/NIE
- opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia TAK/ NIE
- opłacam standardowe składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego TAK/NIE

* – *nieprawidłowe skreślić*

4. Nie jestem/Jestem* emerytem lub rencistą – nr decyzji ZUS i data jego przyznania
.....
5. Nie posiadam/Posiadam* orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym* stopniu
niepełnosprawności wydane na okres od do
6. Nie jestem/Jestem* uczniem lub studentem.
7. Nie jestem/Jestem* zarejestrowana/-ny jako osoba bezrobotna.
8. Nie jestem/Jestem* objęta/ty ubezpieczeniem społecznym z innego tytułu.
- Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:
- ☐ chcę/ nie chcę* być objęta/ty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym,
- ☐ chcę/ nie chcę* być objęta/ty dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i
rentowym.

*Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jestem świadoma/-my odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
O wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę na
piśmie.*

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do
zawarcia i realizacji umowy cywilnoprawnej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu
Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób
fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu
takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

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