

# OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI**

NAZWISKO .....

IMIONA 1. .... 2. ....

NAZWISKO RODOWE .....

DATA URODZENIA ..... NR PESEL .....

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO .....

## ADRES ZAMELDOWANIA

GMINA/DZIELNICA ..... WOJEWÓDZTWO .....

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA .....

KOD POCZTOWY ..... MIEJSCOWOŚĆ/POCZTA .....

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO .....

NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO .....

NAZWA I ADRES ZUS .....

ADRES DO KORESPONDENCJI/ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić, gdy jest inny niż adres zameldowania)

GMINA/DZIELNICA ..... WOJEWÓDZTWO .....

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA .....

KOD POCZTOWY ..... MIEJSCOWOŚĆ/POCZTA .....

**OŚWIADCZAM, ŻE: proszę zaznaczyć w sposób czytelny (podkreślenie i pogrubienie lub znak (x) w odpowiednim kwadraciku ) właściwą pozycję oświadczenia.**

- jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej do 26 roku życia – proszę dołączyć ksero aktualnej legitymacji, moje dochody będą w całości zwolnione z podatku dochodowego zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy o pdof
- jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy gdzie zarabiam mniej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (2.800,00zł brutto)
- jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy gdzie zarabiam, co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę (2.800,00zł brutto)
- prowadzę własną działalność gospodarczą, z której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty poniżej 3.155,40zł/m-c
- prowadzę własną działalność gospodarczą, z której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty 3.155,40zł/m-c lub większej
- jestem emerytem/rencistą\* i nie jestem nigdzie zatrudniony/a
- jestem emerytem/rencistą\* zatrudnionym w innym zakładzie pracy
- nie jestem zatrudniony/a
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: lekkim, umiarkowanym, znacznym\*

NR ŚWIADCZENIA RENTOWEGO: .....

Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym tak / nie \*

**O każdej zaistniałej zmianie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić zleceniodawcę.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonywania umowy zlecenie oraz dla realizacji innych praw i obowiązków zleceniodawcy określonych w przepisach prawa.

Jestem / nie jestem \* zarejestrowany/a w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy.

\* - proszę skreślić niepotrzebne

**NALEŻĘ DO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:**

- |                          |     |                                |
|--------------------------|-----|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 01R | DOLNOŚLĄSKI O/NFZ WE WROCŁAWIU |
| <input type="checkbox"/> | 02R | KUJAWSKO-POMORSKI O/NFZ        |
| <input type="checkbox"/> | 03R | LUBELSKI O/NFZ W LUBLINIE      |
| <input type="checkbox"/> | 04R | LUBUSKI O/NFZ W ZIELONEJ GÓRZE |
| <input type="checkbox"/> | 05R | ŁÓDZKI O/NFZ W ŁODZI           |
| <input type="checkbox"/> | 06R | MAŁOPOLSKI O/NFZ W KRAKOWIE    |
| <input type="checkbox"/> | 07R | MAZOWIECKI O/NFZ W WARSZAWIE   |
| <input type="checkbox"/> | 08R | OPOLSKI O/NFZ W OPOLU          |
| <input type="checkbox"/> | 09R | PODKARPACKI O/NFZ W RZESZOWIE  |
| <input type="checkbox"/> | 10R | PODLASKI O/NFZ W BIAŁYMSTOKU   |
| <input type="checkbox"/> | 11R | POMORSKI O/NFZ W GDAŃSKU       |
| <input type="checkbox"/> | 12R | ŚLĄSKI O/NFZ W KATOWICACH      |
| <input type="checkbox"/> | 13R | ŚWIĘTOKRZYSKI O/NFZ W KIELCACH |
| <input type="checkbox"/> | 14R | WARMIŃSKO-MAZURSKI O/NFZ       |
| <input type="checkbox"/> | 15R | WIELKOPOLSKI O/NFZ W POZNANIU  |
| <input type="checkbox"/> | 16R | ZACHODNIOPOMORSKI O/NFZ        |

.....  
(data wpływu do BR LOGOS i podpis pracownika)

.....  
(data i czytelny podpis pracownika)