

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO

IMIONA 1. 2.

NAZWISKO RODOWE

DATA, MIEJSCE 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 (3010,00zł brutto)
- jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy gdzie zarabiam, co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę (3010,00zł brutto)
- prowadzę własną działalność gospodarczą, z której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty poniżej 3.553,20zł/m-c
- prowadzę własną działalność gospodarczą, z której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty 3.553,20zł/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)

Konsorcjum Polskich
Biu Rachunkowych

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

Biuro Rachunkowe LOGOS Dorota Dymko – Zielska Spółka Jawna ul. Bankowa 22, 07-200 Wyszków