

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO

IMIONA 1. 2.

NAZWISKO RODOWE

DATA I 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 (3.490,00zł brutto)
- jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy gdzie zarabiam, co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę (3.490,00zł brutto)
- prowadzę własną działalność gospodarczą, z której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty poniżej 4.161,00zł/m-c
- prowadzę własną działalność gospodarczą, z której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty 4.161,00zł/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.

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

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

**Konsorcjum Polskich
Biu Rachunkowych**

