

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY

NAZWISKO	
IMIĘ, IMIONA	
IMIONA RODZICÓW	
DATA, MIEJSCE URODZENIA	
NAZWISKO RODOWE	
NR DOWÓDU OSOBISTEGO , WYDANY PRZEZ	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

Adres zamieszkania			
Województwo	Powiat.....	Gmina.....	
Ulica.....	Nr domu.....	Nr mieszkania.....	
Miejscowość	Kod pocztowy.....	Poczta.....	

Adres do korespondencji (wypełnić tylko wtedy, gdy jest inny niż adres zamieszkania)			
Województwo	Powiat.....	Gmina.....	
Ulica.....	Nr domu.....	Nr mieszkania.....	
Miejscowość	Kod pocztowy.....	Poczta.....	

Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)	
Nazwa i adres	
Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	
Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....	

Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy

1. Jestem zatrudnieni na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. Umowa o pracę, umowa zlecenie, stosunek służbowy, itp.);

	FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACY	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNWGRODZENIE JEST WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU ZGODNIE Z OBOWIAZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE JEST OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna , rentowa)
					TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
					TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
					TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łącznie wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określoneemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
---	---

2. Prowadzenie działalności gospodarczej

Prowadzę działalność gospodarczą	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

3. Mam ustalone prawo do emerytury	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---

4. Mam ustalone prawo do renty / z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

5. Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

6. Jestem osobą bezrobotną	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowana w Urzędzie Pracy (gdzie)..... z prawem/ bez prawa* do zasiłku dla bezrobotnych. *niepotrzebne skreślić		

7 Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
od dnia..... Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem.....		

8. Nazwa banku oraz nr rachunku bankowego, na który będzie wypłacane wynagrodzenie:
.....
.....
.....

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuje się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany)powiadomić właściwą jednostkę organizacyjną: Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Łasku.

W przypadku podania błędnych informacji i zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacane przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Data sporządzenia formularza

Podpis Zleceniobiorcy