**Załącznik nr 5 do umowy nr. DSP.KM.2312.13. 2018**

**Oświadczenie zleceniobiorcy do celów ewidencyjnych, podatkowych oraz dla ustalenia obowiązku ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego**

Nazwisko …………………………………………………….

Pierwsze imię ……………………… Drugie imię ……….…………

Nazwisko rodowe ……………………………………………

Obywatelstwo ……………………………………………….

Data urodzenia ………………………………………………

NIP ………………………………………………………….

PESEL ………………………………………………………

Adres zamieszkania:

* Miejscowość ………………………. Kod pocztowy ……………
* Ulica …………………………………….
* Nr domu …………………. Nr mieszkania ……………
* Gmina …………………………………………….
* Województwo ……………………………………

Urząd Skarbowy …………………………………………………………………………..

Oddział NFZ ……………………………………………………………………………..

Nr rachunku bankowego ………………………………………………………………….

Oświadczam, że jestem:

* Pracownikiem ………………………………………………………………………..

 (nazwa i adres zakładu pracy)

zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w pełnym/niepełnym\* wymiarze czasu pracy. Informuję, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy w przeliczeniu na okres miesiąca jest równa lub wyższa od płacy minimalnej tj.

* niższa od kwoty 2 000,00 zł brutto
* równa lub wyższa kwocie 2 000,00 zł brutto
* Zleceniobiorcą wykonującym umowę agencyjną, zlecenia na rzecz …………………………..………………………………………………………………… (nazwa i adres zleceniobiorcy)

**Przy zatrudnieniu tylko i wyłącznie na umowę zlecenie proszę o przekazanie kopii wszystkich zawartych dotychczas umów zlecenia aby móc ustalić poprawnie wysokość składek ZUS.**

* Emerytem/rencistą nr świadczenia ……….……………………………………… Dane adresowe ZUS ……………………………………………………………
* Uczniem / studentem \* nie mam ukończonych 26 lat i posiadam ważną legitymację studencką (szkolną), której kopię dołączam do niniejszego oświadczenia
* Przebywam na urlopie wychowawczym / macierzyńskim / bezpłatnym \*

od ………..do…….…..

* Prowadzę działalność gospodarczą TAK / NIE

Składki do ZUS opłacam na zasadach preferencyjnych jako nowy przedsiębiorca

TAK NIE

* Nigdzie nie zatrudnionym
* Inne ………………………………………………………………………………
* Mam orzeczony stopień niepełnosprawności TAK NIE

Lekki Umiarkowany Znaczny

Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od dnia ………….

Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia …………

*Oświadczam, że wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym a odpowiedzialność karna za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy jest mi znana (art. 233§1 Kodeksu karnego) . Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczący treści niniejszego oświadczenia w trakcie trwania tej umowy zlecenia.*

…………………………………….. ………………………………………….

data podpis zleceniobiorcy

 **\* niepotrzebne skreślić**