

**Oświadczenie zleceniobiorcy do celów ubezpieczeń społecznych
i ubezpieczenia zdrowotnego**

Ja, niżej podpisany/a

-
1. Deklaruję brak przeciwwskazań zdrowotnych oraz posiadam wymagane umiejętności, uprawnienia i wiedzę do wykonania zadania.
 2. Zostałem poinformowany przez Zleceniodawcę o rodzaju podstawy prawnej zatrudnienia oraz o różnicach prawnych pomiędzy zatrudnieniem opartym na stosunku prawnym a świadczeniem usług opartym na cywilnoprawnym stosunku zobowiązaniowym stanowiącym podstawę zawarcia umowy.
 3. Oświadczam, że wyrażona zgoda na zawarcie niniejszej umowy zlecenia nie jest zdeterminowana ani wymuszona wskutek ekonomicznej lub jakiegokolwiek innej zależności od Zleceniodawcy.

Mając powyższe na względzie i korzystając ze swobody wyboru umów oświadczam, że moją wolą jest zawarcie ze Zleceniodawcą umowy zlecenia.

.....
(podpis Zleceniobiorcy)

Ja, niżej podpisanyoświadczam, że:

1. (właściwe zaznaczyć znakiem X)

- Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę i z tego tytułu **nie osiągam / osiągam** przychód w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie,
 - Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.
 - Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i jednocześnie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w
 - Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej, do której stosuje się przepisy o zleceniu,
 - Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,
 - Jestem ubezpieczony jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność gospodarczą,
 - Jestem **uczniem / studentem** szkoły
i nie ukończyłem 26. roku życia,
 - Jestem bezrobotny, zarejestrowany w Urzędzie Pracy i pobieram / nie pobieram * zasiłek dla bezrobotnych
 - Przebywam na urlopie wychowawczym oddo.....
 - Przebywam na urlopie macierzyńskim od do
- wnoszę / nie wnoszę*** o objęcie mnie obowiązkowym/dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.
- wnoszę / nie wnoszę*** o objęcie mnie obowiązkowym/dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

2. Informuję, iż posiadam / nie posiadam* konto w banku do przelania należności za wykonane usługi (podać nazwę banku i nr rachunku):

.....
.....

4. W przypadku zmiany okoliczności, o których mowa w wyżej wymienionych punktach zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia o powyższym.

.....
(data i podpis zleceniobiorcy)

*niepotrzebne skreślić

DANE OSOBOWE

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
a/ nazwisko rodowe.....
b/ imiona rodziców.....
c/ nazwisko rodowe matki.....
2. Data urodzenia.....
3. Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....
5. Numer ewidencyjny (PESEL).....
6. Numer identyfikacji podatkowej (NIP).....
7. Dowód osobisty
8. Narodowy Fundusz Zdrowia.....
9. Osoby zgłaszane do ubezpieczenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych:

<i>LP</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Pesel</i>	<i>NIP</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>
1					
2					
3					
4					
5					

.....
podpis pracownika

Oświadczam, że **pobieram** / **nie pobieram** stypendium sportowe wypłacane przez, od którego **są potrącane** / **nie są potrącane** składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne.

Oświadczam, że **uzyskuję** / **nie uzyskuję** najniższe wynagrodzenie krajowe brutto (płaca minimalna) z umowy o pracę/zlecenia/stypendium/inne.

.....
podpis składającego oświadczenie