

Oświadczenie Zleceniobiorcy/Wykonawcy*

dla celów ustalenia obowiązku w zakresie ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego oraz naliczania i odprowadzania podatku dochodowego.

I. Dane osobowe.

1. NAZWISKO

<input type="text"/>

2. IMIONA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

3. NAZWISKO RODOWE

<input type="text"/>

4. IMIĘ OJCA

<input type="text"/>

5. IMIĘ MATKI

<input type="text"/>

6. DATA URODZENIA (dd/mm/rok)

<input type="text"/>

7. MIEJSCE URODZENIA

<input type="text"/>

8. NR PESEL

<input type="text"/>

9. RODZAJ DOKUMENTU (2- paszport/1-dowód osobisty) Seria i nr dokumentu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

10. OBYWATELSTWO

<input type="text"/>

11. ADRES ZAMIESZKANIA (WŁAŚCIWI DO ROZLICZEŃ Z URZĘDEM SKARBOWYM)

Kod pocztowy

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Miejscowość

<input type="text"/>

Województwo

<input type="text"/>

Gmina

<input type="text"/>

Ulica

<input type="text"/>

Numer domu

<input type="text"/>

Numer lokalu

<input type="text"/>

Numer telefonu

<input type="text"/>

Numer faksu

<input type="text"/>

12. Adres do korespondencji:

.....

13. Nr konta bankowego Zleceniobiorcy/Wykonawcy

14. Informacja dotycząca Urzędu Skarbowego właściwego dla Zleceniobiorcy/Wykonawcy Urząd Skarbowy w..... ul.....

II. Oświadczam, że:

1.	Jestem pracownikiem Uniwersytetu Szczecińskiego	
2.	Jestem pracownikiem..... Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne ze stosunku pracy jest co najmniej równa w okresie jednego miesiąca kwocie minimalnego wynagrodzenia za pracę.	
3.	W czasie trwania umowy przebywam na urlopie macierzyńskim / wychowawczym / bezpłatnym * (*właściwe zaznaczyć)	
4.	Jestem członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej (spółdzielni kółek rolniczych.)/ Prowadzę działalność gospodarczą – opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne na zasadach preferencyjnych/niepreferencyjnych* (*właściwe zaznaczyć)	
5.	Pobieram emeryturę	
6.	Pobieram rentę	
7.	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu a) lekkim b) umiarkowanym c) znacznym * (* właściwe zaznaczyć)	
8.	Jestem posłem/senatorem pobierającym z tego tytułu uposażenie	
9.	Jestem duchownym.	
10.	Odbywam zastępczą służbę wojskową/jestem żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem Policji/funkcjonariuszem UOP/funkcjonariuszem Państwowej Straży Pożarnej/funkcjonariuszem Służby Więziennej/funkcjonariuszem Straży granicznej (*właściwe zaznaczyć)	
11.	Jestem słuchaczem studiów III stopnia	
12.	Jestem uczniem szkoły podstawowej/ponadpodstawowej	
13.	Jestem studentem i nie mam skończonych 26 lat (w czasie trwania umowy)	
14.	Nie pracuję, nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna.	

III. Oświadczam, że mam ustalone prawo do

- 1) Emerytury*,
- 2) Renty*

.....
(podać nr decyzji i oddział ZUS, który przyznał emeryturę lub rentę)

IV. Oświadczam, że należę do

- 1) Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia*

2)*
(podać inny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia)

Oświadczenie w sprawie objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym
(wypełnia tylko zleceniobiorca niebędący pracownikiem Uniwersytetu Szczecińskiego i mający inny tytuł do ubezpieczeń)

V. Oświadczam, że

- wnoszę*
- nie wnoszę*

o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu zawarcia z Uniwersytetem Szczecińskim umowy **zlecenia**, przy której składane jest niniejsze oświadczenie.

Oświadczenie w sprawie objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
(wypełnia tylko zleceniobiorca nie będący pracownikiem Uniwersytetu Szczecińskiego i nie mający innego tytułu do ubezpieczeń)

VI. Oświadczam, że

- wnoszę*
- nie wnoszę*

o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu zawarcia z Uniwersytetem Szczecińskim umowy **zlecenia**, przy której składane jest niniejsze oświadczenie.

VII. Oświadczam, że chcę /nie chcę* otrzymywać formularz ZUS IMIR – raport dla osoby ubezpieczonej.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy/Zamawiającego* o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmę odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Szczecin, dnia

.....
(podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)

VIII. Ustalenia Działu Spraw Osobowych w sprawie zgłoszenia umowy w zakresie objęcia ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym.

Z tytułu niniejszej umowy nr z dnia zleceniobiorca został zgłoszony do ZUS w zakresie następujących ubezpieczeń:

- emerytalne i rentowe
- chorobowe
- wypadkowe
- zdrowotne

z kodem tytułu ubezpieczenia

.....
(podpis pracownika Działu Spraw Osobowych)

* właściwe zaznaczyć