

# Oświadczenie Zleceniobiorcy

## Dane osobowe:

Nazwisko ..... Imiona 1) ..... 2) .....

Imię ojca ..... Imię matki .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

Nazwisko rodowe ..... Obywatelstwo .....

PESEL ..... NIP .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... tel. ....

Numer konta, na które należy przelać należność: .....

## Adres zamieszkania / Adres prowadzenia działalności:

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

## Adres do korespondencji ( gdy jest inny niż adres zamieszkania):

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

## **Urząd Skarbowy (właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania):**

.....

**Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** .....

I. Jestem /nie jestem\* zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w

Umowa zawarta na czas:.....

w wymiarze ..... etatu i osiągam **wynagrodzenie brutto** w kwocie:

- **co najmniej minimalnego** (4242,00zł do 30.06.2024, od 01.07.2024-4300,00 zł) wynagrodzenia za pracę **NIE / TAK \***
- **mniejszej niż minimalne** wynagrodzenie za pracę **NIE / TAK \***

**UWAGA:** Należy dołączyć zaświadczenie Pracodawcy.

II. Pobieram:

- świadczenie emerytalne (nr świadczenia .....)**NIE / TAK \***
- świadczenie rentowe (nr świadczenia .....)**NIE / TAK \***

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (w stopniu .....)**NIE / TAK \***

III. Jestem ubezpieczona/y jako osoba wykonująca:

- pracę nakładczą **NIE / TAK \***
- umowę zlecenia **NIE / TAK \***
- umowę agencyjną **NIE / TAK \***

u innego Zleceniodawcy: .....

Umowa została zawarta na okres: od ..... do .....

Z tytułu wykonywania **umowy zlecenia / umowy agencyjnej / pracy nakładczej\*** uzyskuję **przychód** będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w wysokości:

- **co najmniej minimalnego** (4242,00zł do 30.06.2024, od 01.07.2024-4300,00 zł) wynagrodzenia brutto **NIE / TAK \***
- **mniej niż minimalne** wynagrodzenie **NIE / TAK \***

**UWAGA:** Należy dołączyć zaświadczenie Zleceniodawcy.

IV. Prowadzę działalność gospodarczą z dziedziny niebędącej przedmiotem umowy i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne **NIE / TAK \***

Jeśli zaznaczono TAK, proszę określić wysokość podstawy, od której opłacane są składki:

- min. 60 % prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia brutto **NIE / TAK \***  
(w roku 2024 kwota **4694,40 zł**)
- 30 % minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto w 2024 r.  
(tzw. „preferencyjne składki ZUS” w roku 2024 kwota **1272,60 zł do 30.06.2024** , od **01.07.2024** **1290,00 zł**) **NIE / TAK \***
- Ulga na start ( jeżeli tak od ..... do.....) **NIE / TAK \***
- mieści się między 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto **NIE / TAK \***  
(nie może być niższa -w roku 2024 kwota **1272,60 zł do 30.06.2024** , od **01.07.2024** **1290,00 zł** ) a 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia brutto (nie może przekraczać - w 2024 roku to **4694,40 zł**)

Prowadzę działalność gospodarczą z dziedziny będącej przedmiotem umowy oraz osiągam z tego tytułu przychody: **NIE / TAK \***

Za pracę objętą umową wystawię rachunek / fakturę VAT\*

V. Przebywam na:

- urlopie bezpłatnym **NIE / TAK \***
- urlopie wychowawczym **NIE / TAK \***
- urlopie macierzyńskim/rodzicielskim\* **NIE / TAK \***

Jeśli zaznaczono TAK proszę podać okres: .....

VI. Jestem zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna **NIE / TAK \***

VII. Jestem uczniem / studentką/em i nie ukończyłam/em 26 lat **NIE / TAK \***

**UWAGA:** Należy dołączyć kserokopię ważnej legitymacji.

VIII. Jestem doktorantem: **NIE / TAK \***

IX. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem:

- emerytalnym i rentowym **NIE / TAK \***
- chorobowym **NIE / TAK \***

X. Kod wykonywanego zawodu:

a) pielęgniarka/położna bez specjalizacji lub w trakcie specjalizacji **NIE / TAK \***

b) pielęgniarka/położna z tytułem specjalisty **NIE / TAK \***

- pielęgniarka/położna z tytułem specjalisty w dziedzinie .....

XI. Kod wykonywanego zawodu:

a) lekarz bez specjalizacji, w trakcie specjalizacji lub ze specjalizacją I stopnia

- lekarz **NIE / TAK \***

- lekarz ze specjalizacją I stopnia **NIE / TAK \***

b) lekarz specjalista (ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty) , lekarz specjalista w dziedzinie .....

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 o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania tego zobowiązania. Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia o ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
/data i podpis Zleceniobiorcy/