

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY (DOTYCZY 2021 ROKU) (prosimy wypełniać czytelnie)

Nazwisko Imiona

Imię ojca i matki Seria i nr dowodu osobistego

Miejsce urodzenia Data urodzenia Obywatelstwo.....
Dzień / miesiąc / rok

PESEL Telefon. Adres e-mail.....

ADRES ZAMIESZKANIA (właściwy dla celów podatkowych)

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy..... Miejscowość Gmina

Województwo Poczta

Urząd skarbowy

Oddział NFZ

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy zlecenia

Oprócz umowy zlecenia z Wami jestem pracownikiem innego zakładu pracy TAK / NIE*

Zakład pracy : nazwa NIP.....

Jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w wymiarzeczasu pracy

Moje wynagrodzenie jest niższe/wyższe* od minimalnego wynagrodzenia (2.800,00 zł.)

Oprócz umowy zlecenia z Wami jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie następujących umów zlecenia :

Lp.	Nazwa Zleceniodawcy	NIP Zleceniodawcy	Czas trwania umowy Od - do		Objęta ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym TAK/NIE	Wynagrodzenie jest wyższe niż 2.800,-zł. TAK/NIE	Jeśli NIE jest wyższe niż 2.800,-zł. podać wysokość

Prowadzę działalność gospodarczą – TAK / NIE* Jeżeli TAK: NIP:

Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam **pełne składki ZUS (podstawa min.3.155,40zł.)** – TAK / NIE*

Jestem emerytem*/rencistą* TAK/NIE nr świadczenia
Jestem uczniem*/studentem , ukończyłem/nie ukończyłem 26 lat* TAK/NIE
Nazwa uczelni Numer indeksu/legitymacji.....

Jestem/nie jestem bezrobotny(a)*, zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy TAK / NIE*, pobieram/nie pobieram* zasiłek dla bezrobotnych TAK/NIE.

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania zawartej z Polski Związkiem Golfa Umowy wnoszę o dobrowolne :

- ubezpieczenie emerytalne i rentowe TAK / NIE*;
- ubezpieczenie chorobowe TAK / NIE*

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Polskiego Związku Golfa o wszelkich zaistniałych zmianach w terminie 7 dni od nastąpienia odpowiedniej zmiany .

Forma oświadczenia jest zgodna z art. 9 ust. 2c Ustawy z 23 października 2014r. o zmianie Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2014r. poz. 1831)

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(łam) zgodnie z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jestem świadom odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji ,także pod względem rozliczeń składkowych z ZUS i w przypadku ,gdyby podane przeze mnie dane okazały się błędne ,co skutkowałoby koniecznością uregulowania dodatkowych składek wobec ZUS zobowiązuje się do ich pokrycia wraz z należnymi odsetkami .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu i umowach zlecenia, sporządzonych na podstawie oświadczenia, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).

Informujemy, że powyższe oświadczenie podlegać będzie weryfikacji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

NUMER KONTA BANKOWEGO:

.....

* niepotrzebne skreślić

Dnia,

(podpis osoby składającej oświadczenie)