

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH  
DO UMOWY ZLECENIA NR ..... zawartej dnia .....

**DANE OSOBOWE ZLECENIOBIORCY**

1. Nazwisko: ..... 2. Imię (imiona): .....  
3. Imię ojca: ..... 4. Imię matki: .....  
5. Miejsce urodzenia: ..... 6. Data urodzenia: .....  
7. PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 8. NIP: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
9. Obywatelstwo: ..... 10. Nr paszportu: .....  
(dotyczy obcokrajowców) (dotyczy obcokrajowców)

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZLECENIOBIORCY**

1. Gmina: ..... 2. Ulica: .....  
3. Nr domu: ..... 4. Nr mieszkania: .....  
5. Miejscowość: ..... 6. Kod pocztowy: .....

**POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE ZLECENIOBIORCY**

1. Oddział NFZ: .....  
2. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego: .....  
3. Nr telefonu Zleceniobiorcy: .....

**ZLECENIOBIORCA OŚWIADCZA PONADTO, ŻE:**

- 1) **jest/nie jest\*** pracownikiem UWM zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub mianowania;  
2) przebywa na urlopie **bezpłatnym/macierzyńskim/wychowawczym\*** w ramach stosunku pracy z UWM;  
3) jest zatrudniony poza UWM: .....  
.....  
(nazwa i adres pracodawcy)

na podstawie: .....

i osiąga z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto **niższej/równej lub wyższej\*** od minimalnego wynagrodzenia za pracę;

- 4) nie pracuje i **jest/nie jest\*** zarejestrowany jako osoba bezrobotna; \*\*  
5) jest uczniem gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalnej, szkoły ponadpodstawowej lub studentem w wieku do 26 lat; \*\*  
6) jest uczestnikiem studiów doktoranckich; \*\*  
7) ma ustalone prawo do **emerytury/renty\***;  
8) prowadzi działalność gospodarczą, a zlecenie **będzie/nie będzie\*** wykonywane w ramach tej działalności; \*\*  
9) jest jednocześnie stroną innej umowy zlecenia zawartej na czas od ..... do .....

Zleceniobiorca **wnosi/nie wnosi\*** o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (w odpowiednich częściach na koszt Zleceniodawcy i Zleceniobiorcy).

Zleceniobiorca **wnosi/nie wnosi\*** o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (na koszt Zleceniobiorcy).

Zleceniobiorca **potwierdza, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jest świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych.**

Zleceniobiorca **zobowiązuje się poinformować Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku.**

Zleceniobiorca **upoważnia pracownika UWM do podpisania w jego imieniu dokumentów zgłoszeniowych przekazywanych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.**

.....  
data i czytelny podpis Zleceniobiorcy

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* właściwe podkreślić