

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZUS

Imię/imiona i nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo Numer paszportu/dowodu osobistego*

Kontakt (adres e-mail, numer telefonu)

Adres zameldowania:

ul. nr domunr mieszkania

miejsowość kod pocztowy i poczta

gmina/dzielnica województwo powiat

Adres zamieszkania na cele podatkowe (proszę wypełnić jeżeli inny niż Adres zameldowania)

ul. nr domunr mieszkania

miejsowość kod pocztowy i poczta

gmina/dzielnica województwo powiat

Numer rachunku bankowego i nazwa banku:

.....

Urząd Skarbowy

Oddział NFZ

Jako Zleceniobiorca oświadczam, że:

1. Nie jestem/Jestem* jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w innym zakładzie pracy. Nazwa zakładu pracy.....

NIP..... okres zatrudnienia: oddo, w wymiarzeczasu pracy

a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto/miesięcznie wynosi (zaznacz właściwe):

co najmniej minimalne wynagrodzenie (W 2021 roku jest to kwota 2800,00 brutto/miesięcznie)

mniej niż minimalne wynagrodzenie.

2. Nie jestem/Jestem* jednocześnie już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenia lub agencyjną w innym zakładzie pracy.

Lp.	Nazwa Zleceniodawcy	NIP Zleceniodawcy	Czas trwania umowy od - do		Objęta ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym TAK/NIE	Wynagrodzenie jest wyższe niż 2800,-zł. TAK/NIE	Jeśli NIE jest wyższe niż 2800,-zł. proszę podać wysokość

* – niepotrzebne skreślić

- 3.** W czasie wykonywania umowy zlecenia, której dotyczy to oświadczenie, nie przebywam/przebywam* na urlopie bezpłatnym/wychowawczym/macierzyńskim* przyznanym w okresie od do
- 4.** Nie prowadzę/Prowadzę działalność gospodarczą. Jeżeli Tak proszę podać numer NIP.....
TAK / NIE* Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenie społeczne.
- 4a.** Nie jestem/Jestem* członkiem rodziny osoby prowadzącej działalność gospodarczą i podlegam ubezpieczeniu społecznemu jako osoba współpracująca.
- 5.** Nie jestem/Jestem* uprawniony do emerytury /renty*) ustalonej decyzją oddziału ZUS decyzja:
z dnia znak:
- 6.** Nie posiadam/Posiadam* orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym* stopniu niepełnosprawności wydane na okres od do
(w przypadku orzeczonego stopnia niezdolności do pracy należy dołączyć orzeczenie organu orzekającego)
- 7.** Nie jestem/Jestem* uczniem/studentem, ukończyłem/nie ukończyłem 26 lat* TAK/NIE
Nazwa uczelni Numer indeksu/legitymacji.....
Dołączyć kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej lub zaświadczenie ze szkoły/uczelni o byciu uczniem/studentem.
- 8.** Nie jestem/Jestem* bezrobotny(a), zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy TAK / NIE*, pobieram/nie pobieram* zasiłek dla bezrobotnych TAK/NIE*
- 9.** Nie jestem/Jestem* objęta/ty ubezpieczeniem społecznym z innego tytułu.
..... (podać tytuł).
- 10.** Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania umowy z Polskim Związkiem Alpinizmu
- chcę/ nie chcę* być objęta/ty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym,
- chcę/ nie chcę* być objęta/ty dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.
- 11.** Dotyczy tylko osób do 26 roku życia.
Wnoszę o pobór zaliczek bez stosowania zwolnienia od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych Dz.U. 2019 poz. 1387 z późniejszymi zmianami. Zaznacz X jeżeli wnioskujesz

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy tj. Polskiego Związku Alpinizmu ul. Mokotowska 24, 00-561 Warszawa, NIP: 527-21-39-619 o wszelkich zaistniałych zmianach w terminie 7 dni od nastąpienia zmiany.

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(łam) zgodnie z prawdą i 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu i umowach zlecenia sporządzonych na podstawie tego oświadczenia, dla potrzeb niezbędnych do realizacji dotacji zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000 z późn. zmianami).

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

.....
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do zawarcia i realizacji umowy cywilnoprawnej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* – niepotrzebne skreślić