

**OŚWIADCZENIE OFERENTA
DOTYCZĄCE USTALENIA PODLEGANIA OBOWIĄZKOWI
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / ZDROWOTNYCH***

DANE PERSONALNE

Nazwisko

Imiona

Imiona rodziców.....

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

Nazwisko rodowe.....

Obywatelstwo.....

DANE INDENTYFIKACYJNE

PESEL.....

NIP.....

Seria i numer dowodu osobistego.....

DANE ADRESOWE

Miejsce zamieszkania
Województwo..... Miejscowość.....

Powiat..... Gmina.....

Ulica.....Nr domuNr mieszkania.....

Kod pocztowyPoczt.....

Adres Korespondencyjny —wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny niż miejsce zamieszkania
WojewództwoMiejscowość.....

Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Kod pocztowy.....Poczt.....

OŚWIADCZENIE PODATKOWE

Oświadczam, że urzędem skarbowym właściwym dla mnie jest

Nazwa i adres urzędu skarbowego

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Jestem*: emerytem /rencistą

*niepotrzebne skreślić

(Jeśli tak, należy dołączyć do oświadczenia kopię decyzji o przyznaniu emerytury lub renty)

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: tak nie

Jeśli zaznaczono Tak , określić orzeczonego stopień niepełnosprawności:.....

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY /NIE DOTYCZY* (*niewłaściwe przekreślić , jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam , iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

Stosunku pracy i innego pracodawcy w firmieod.....do.....

Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

Stosunku służby w WP, Policji ,UOP, SG,PSW, SW,S.C.

Wykonywania umów zlecenia w firmieod.....do.....

Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

Wykonywania pracy nakładczej z tytułu.....od.....do.....

Z innego tytułu (określić tytuł.....)od.....do.....

Upoważniam pracodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń: ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam , i wszystkie w/w informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajanie jest mi znana . Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuje odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

.....
(data i podpis pracownika)

** składa tylko osoba fizyczna nieprowadząca działalności*