

## O Ś W I A D C Z E N I E    Z L E C E N I O B I O R C Y

### 1. Dane osobowe

Nazwisko i imię .....

Imiona rodziców .....

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

Nazwisko rodowe .....

Obywatelstwo .....

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

Nr i seria dowodu osobistego .....

### 2. Adres zamieszkania

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

Miejscowość .....ul. ....nr budynku.....

nr mieszkania .....kod pocztowy .....poczta .....

### 3. Adres korespondencyjny (w przypadku, gdy adres korespondencyjny nie jest taki sam jak adres zamieszkania)

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

Miejscowość .....ul. ....nr budynku .....

nr mieszkania .....kod pocztowy .....poczta .....

### 4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres .....

### 5. Numer konta bankowego .....

### 6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....

Jestem:      emerytem      tak      nie



- od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, które będzie wynosiło w roku **2024:**

- **od 1 stycznia 2024 r.: 4.242 zł.** (słownie złotych: **cztery tysiące dwieście czterdzieści dwa złote i 00/100 groszy**)\*
- **od 1 lipca 2023 r.: 4.300 zł** (słownie złotych: **cztery tysiące trzysta złotych i 00/100 groszy**)

- od podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących działalność gospodarczą ustalonej i opublikowanej na **2024 r.\***

**Oświadczam, iż pozostaję/nie pozostaję\* w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy.**

**Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu 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 przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.**

**Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Data i podpis Zleceniobiorcy .....

\*niepotrzebne skreślić