

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

Miejscowośćul.nr budynku.....

nr mieszkaniakod pocztowypoczta

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

WojewództwoPowiatGmina

Miejscowośćul.nr budynku

nr mieszkaniakod pocztowypoczta

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 **2022 3.010,- zł.** (słownie złotych: **trzy tysiące dziesięć złotych i 00/100 groszy**)*
- od podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących działalność gospodarczą ustalonej i opublikowanej na **2022 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