

Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeniowych do umowy zlecenie

Dane personalne dotyczące Zleceniobiorcy / Wykonawcy

NAZWISKO

NUMER DOWODU OSOBISTEGO

IMIONA: 1. 2.

DATA URODZENIA

PESEL NIP

Który numer identyfikacyjny należy wskazać na druku PIT? – proszę zaznaczyć właściwe pole:

☐ PESEL

☐ NIP (dotyczy m.in.: prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS)

OBYWATELSTWO

ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA (będący jednocześnie adresem do wykazania na PIT)

gmina/dzielnica..... województwopowiat.....

ulica nr domu nr mieszkania

kod pocztowy miejscowość/poczta

numer telefonu kontaktowego (.....).....

Pełna nazwa i adres urzędu skarbowego

ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko jeżeli jest inny niż adres zameldowania / zamieszkania)

gmina/dzielnica..... województwopowiat.....

ulica nr domu nr mieszkania

kod pocztowy miejscowość/poczta

DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO

Nazwa konta bankowego.....

Nr konta

OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):

- ☐ jestem studentem/ucznieniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji)
Uwaga! Wymagane ksero aktualnej legitymacji.
- ☐ jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łącznie podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi mniej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę
- ☐ jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łącznie podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi co najmniej** tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę
- ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**,
- ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia**
- ☐ usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzi w zakres prowadzonej przez mnie działalności gospodarczej
- ☐ jestem emerytem/rencistą
- ☐ legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności
- ☐ wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
- ☐ nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

NALEŻĘ DO ZAZNACZONEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:

- ☐ 01R Dolnośląski O/NFZ
- ☐ 02R Kujawsko-Pomorski O/NFZ
- ☐ 03R Lubelski O/NFZ
- ☐ 04R Lubuski O/NFZ
- ☐ 05R Łódzki O/NFZ
- ☐ 06R Małopolski O/NFZ
- ☐ 07R Mazowiecki O/NFZ
- ☐ 08R Opolski O/NFZ
- ☐ 09R Podkarpacki O/NFZ
- ☐ 10R Podlaski O/NFZ
- ☐ 11R Pomorski O/NFZ
- ☐ 12R Śląski O/NFZ
- ☐ 13R Świętokrzyski O/NFZ
- ☐ 14R Warmińsko-Mazurski O/NFZ
- ☐ 15R Wielkopolski O/NFZ
- ☐ 16R Zachodniopomorski O/NFZ

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem moich danych osobowych jest Marszałek Województwa Podlaskiego (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok);
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ubezpieczeniowym, podatkowym i prowadzenia ewidencji księgowej;
3. moje dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom danych w rozumieniu Ustawy o ochronie danych osobowych,
4. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
5. podanie danych wynika z realizacji umowy cywilno-prawnej oraz z ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. Nr 80, poz. 350) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887).

W razie zaistnienia zmian w niniejszym oświadczeniu w trakcie trwania umowy zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tych zmianach Zleceniodawcę.

.....
Podpis zleceniobiorcy

.....
data