**OŚWIADCZENIE**

Osoby wykonującej pracę na podstawie umowy-zlecenia

(wypełnić drukowanymi literami)

Oświadczam, że:

1. Pozostaję w stosunku pracy: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).

………………………………………………………………………………………….……………………………....

1. **Osiągam/nie osiągam** w ramach stosunku pracy minimalne wynagrodzenie obowiązujące w danym roku kalendarzowym (w 2017 r. - 2000 zł).
2. Pozostaje w stosunku służby jako funkcjonariusz Służby Celnej: **tak/nie**\*

i podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu służby **jest/nie jest**\*
równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę.

1. **Jestem/nie jestem**\* emerytem, **jestem/nie jestem\*** rencistą.
2. Prowadzę działalność gospodarczą: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy wybrać właściwy pkt)
* prowadzę własną działalność gospodarczą, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym
i opłacam składki ZUS od podstawy wynoszącej nie mniej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w danym roku kalendarzowym (w 2017 r. – 2557,80 zł)
* prowadzę własną działalność gospodarczą, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym
i opłacam składki społeczne od podstawy preferencyjnej wynoszącej 30% wynagrodzenia minimalnego w danym roku kalendarzowym (w 2017 r. – 600 zł)
1. Oprócz zawieranej umowy-zlecenia **mam/nie mam**\* zawartą umowę-zlecenia z innym zleceniodawcą (jeśli tak, należy wybrać właściwy pkt)
* wykonuję umowę/umowy zlecenia w innym zakładzie, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym, a uzyskiwana w miesiącu podstawa składek społecznych wynosi łączenie co najmniej obowiązujące obecnie minimalne wynagrodzenie (w 2017 r. – 2000 zł)
* wykonuję umowę/umowy zlecenia w innym zakładzie, z tytułu której podlegam ubezpieczeniom społecznym, a uzyskiwana w miesiącu podstawa składek społecznych wynosi łączenie mniej niż obowiązujące obecnie minimalne wynagrodzenie (w 2017 r. – 2000 zł)
1. **Pozostaję/nie pozostaję**\* w stosunku służby (tj. żołnierze zawodowi, funkcjonariusze Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Biura Ochrony Rządu).
2. **Jestem/nie jestem\*** członkiem Rady Nadzorczej.
3. **Posiadam/nie posiadam\*** inny tytuł do ubezpieczenia społecznego lub ubezpieczenia zdrowotnego:

....................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

(np. żołnierz niezawodowy, rolnik, duchowny, świadczenie socjalne, zasiłek socjalny)

1. **Wykonuję/nie wykonuję\*** zawód sędziego/prokuratora**\***.
2. Jestem na urlopie wychowawczym: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać okres urlopu)

 …………………………………………………………………………………………

1. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni oraz przedstawić odpowiednie zaświadczenie).

…………………………………………………………………………………………

1. **Posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli tak, należy podać stopień

niepełnosprawności oraz przedłożyć odpowiednie orzeczenie)

…………………………………………………………………………………………

1. **Wnoszę/nie wnoszę\*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym *(Zleceniobiorca zostanie zgłoszony do ubezpieczenia chorobowego tylko w przypadku obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym)*
2. **Wnoszę/nie wnoszę\*** o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi

**\* niepotrzebne skreślić**

DANE OSOBY ZGŁASZANEJ

1. Nazwisko:……………………………………………………………………………………………..……………......
2. Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska):……...............................................................
3. Imię pierwsze:…………………………………………………………………………...
4. Imię drugie:……………………………………………………………………………...
5. PESEL:…………………………………………………………………………………..
6. NIP (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą): ………………………….
7. Numer paszportu (w przypadku cudzoziemców):……………………………………….
8. Obywatelstwo:…………………………………………………………………………..
9. Kod pocztowy:…………………………………………………………………………..
10. Miejscowość:……………………………………………………………………………
11. Gmina:…………………………………………………………………………………...
12. Ulica:…………………………………………………………………………………….
13. Numer domu/mieszkania:……………………………………………………………….
14. Urząd Skarbowy:………………………………………………………………………...
15. Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:…………………………………
16. Telefon kontaktowy:…………………………………………..
17. E-mail ……………………………………………………

 **Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję
się o wszelkich zmianach powiadomić płatnika na piśmie w terminie 7 dni od ich wystąpienia.**

 **W przypadku podania błędnych lub nieprawdziwych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuje się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**

………………………………. ………………………………...

 miejscowość i data podpis czytelny