

**OSOBA FIZYCZNA**

**DANE OSOBOWE**

1. Nazwisko ..... Imię ..... Imię II .....
2. Nazwisko panieńskie.....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. PESEL .....
- 6\*. Imię ojca.....
- 7\*. Imię matki.....
8. Adres stały: ulica ..... miejscowość .....
- kod ..... poczta ..... gmina.....
9. Adres do celów podatkowych .....
7. Adres do korespondencji.....
8. Nazwa oddziału NFZ.....
9. Urząd Skarbowy (adres) .....
10. Nr konta bankowego.....

**Objaśnienia:**

\* wymagane w przypadku zawierania umów, których przedmiot obejmuje pracę z osobami małoletnimi

## **OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

Oświadczam, że:

1. jestem/nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy o pracę,
  - a. nazwa i adres zakładu pracy.....  
.....
  - b. okres obowiązywania umowy: od.....do.....
2. oświadczam, że mój miesięczny dochód jest wyższy/równy/n niższy\* od najniższego wynagrodzenia w kraju,
3. podlegam/nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z innej umowy zlecenia i łączna podstawa wymiaru składek na te ubezpieczenia (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest niższa/równa/wyższa\* niż minimalne wynagrodzenie,
  - a. nazwa i adres zakładu pracy.....  
.....
  - b. okres obowiązywania umowy: od.....do.....
  - c. kwota miesięcznego wynagrodzenia.....płatne do.....dnia miesiąca
4. przebywam/nie przebywam\* na urlopie bezpłatnym od..... do .....,
5. przebywam/nie przebywam\* na urlopie wychowawczym, macierzyńskim od.....do .....,
6. nie jestem/jestem\*\* uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 roku życia,  
data urodzenia....., nazwa uczelni.....  
adres uczelni.....numer legitymacji.....,
7. jestem/ nie jestem\* emerytem/rencistą, numer emerytury/renty.....,
8. prowadzę/nie prowadzę\* pozarolniczą działalność gospodarczą, z której opłacam standardowe/preferencyjne składki,
9. wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi,
10. wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

*O wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji lub nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne/rentowe)\* finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.*

Wrocław, dnia .....

.....  
(podpis)

### **Objaśnienia:**

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *status ucznia osoba ma do 31 sierpnia roku, w którym kończy szkołę; statusu studenta nie ma osoba, która kończy studia I stopnia(licencjat/inżynierskie), a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające – osoba ta uzyskuje status studenta z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.*