

**Oświadczenie Zleceniobiorcy****1. Dane Osobowe**

Nazwisko.....Imiona 1)..... 2).....  
 Imiona Rodziców.....  
 Data Urodzenia..... Miejsce urodzenia.....  
 Nazwisko rodowe..... Obywatelstwo.....  
 PESEL..... NIP.....  
 Seria i nr dowodu osobistego.....  
 Nr tel. .... e-mail .....

**2. Adres zamieszkania**

Województwo..... powiat..... gmina.....  
 Ulica..... nr domu..... nr mieszkania.....  
 Miejscowość..... kod pocztowy..... poczta.....

**3. Adres do korespondencji (gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)**

Województwo..... powiat..... gmina.....  
 Ulica..... nr domu..... nr mieszkania.....  
 Miejscowość..... kod pocztowy..... poczta.....

**4. Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczek na podatek dochodowy PIT-11)**

Nazwa i adres.....  
 .....

**5. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego****5.1 Właściwy oddział Narodowego Funduszu**

Zdrowia.....

5.2 Jestem\* : emerytem  tak  nie  
 rencistą  tak  nie

\*właściwe zaznaczyć wstawiając X

5.3 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*  tak  nie

\*właściwe zaznaczyć wstawiając X

Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności.....

**6. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

DOTYCZY / NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej)

Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentownym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)

stosunku pracy,

członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

stosunku służby w WP, Policji, SG, PSW, SW, S.C.,

wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy,

prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko,

wykonywania pracy nakładczej

z innego tytułu (określić tytuł.....)

Równocześnie oświadczam, iż osiągam dochody miesięczne nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie za prace od których odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (minimalne wynagrodzenie w ..... Roku wynosi .....zł).

**7. Numer rachunku bankowego**

.....

*Oświadczam, iż podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Lekarza Weterynarii w Makowie Mazowieckim o każdej zmianie w zakresie ww. informacji.*

.....

*Data i podpis zleceniobiorcy*