**Załącznik nr 2**

***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 ……….……………………………………………*

1. ***Adres zamieszkania***

*Województwo…………………………… powiat…………….………….. gmina……………………………*

*Ulica………………………………………….. nr domu……………. nr mieszkania………………….…..*

*Miejscowość………………………………… kod pocztowy……………… poczta……….………………..*

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

*Województwo…………………………… powiat…………….………….. gmina……………………………*

*Ulica………………………………………….. nr domu……………. nr mieszkania………………….…..*

*Miejscowość………………………………… kod pocztowy……………… poczta……….………………..*

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

*Nazwa i adres……………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………….*

1. ***Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego***
   1. *Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia……………………………………………………*
   2. *Jestem\* : emerytem* [] *tak* [] *nie*

*rencistą*  [] *tak*[] *nie*

*\*właściwe zaznaczyć wstawiając X*

* 1. *Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\**[] *tak* []  *nie*

*\*właściwe zaznaczyć wstawiając X*

*Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności……………………………………………………………*

1. ***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).

1. ***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*