**Zał. Nr 1 do Ogłoszenia PLW w Ostrowie Wlkp.**

**z dnia 31 października 2017 roku**

**Oświadczenie zleceniobiorcy**

Nazwisko podatnika …………………………………………………………………………….

Imiona 1/ …………………………................ 2/ ……………………………………………….

Miejsce urodzenia ………………….................... Data urodzenia ……………………………..

Imię ojca ……………………………………... Imię matki ……..……………………………...

PESEL ………………............................ Seria Nr dow. osob. …………………...……….…

NIP …………….......…………………………………………………………………………….

Miejsce zamieszkania……………………..…………….. Kod pocztowy ………………….…..

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

Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania ……………………………………….…

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

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ……………………………………….………...……

Numer konta bankowego zleceniobiorcy: ………………………………………………………

Ja niżej podpisana/y ………………………………………………………………………………

oświadczam, że :

* 1. Mam ustalone prawo do emerytury / renty\*, posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności …………………………….
* 2. Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w …………………………………..

…………………………………………………………………………………………….i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niżej niż minimalne wynagrodzenie,

* 3..Jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenie od dnia ……………..……do dnia…………………, od której odprowadzana jest obowiązkowa składka na ubezpieczenie społeczne
* 4. Prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą: …………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………od której odprowadzam obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne.

* 5. Jestem uczniem/studentem szkoły ……………………….……………………………

i nie ukończyłem 26 roku życia, i wnoszę / nie wnoszę \*o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym

* 6. Jestem ubezpieczony jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność gospodarczą.
* właściwe zaznaczyć

\* niepotrzebne skreślić

………………………………….

Data i podpis zleceniobiorcy

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia Powiatowego Lekarza Weterynarii w Ostrowie Wlkp. o wszelkich zmianach dotyczących złożonego oświadczenia, a w szczególności związanych z podleganiem obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

……………………………

Data i podpis zleceniobiorcy