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

**z dnia 20 listopada 2019roku**

**Oświadczenie zleceniobiorcy**

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

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

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

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

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

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

Miejsce zamieszkania lub adres korespondencyjny - w przypadku , gdy adres korespondencyjny nie jest taki jak adres zamieszkania ……………………..…………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………… Kod pocztowy ………………….…..

 ulica ………………………………….. nr domu……………… nr mieszkania………..……

Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania - informacja o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy – PIT 11……………………………………….…

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

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

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

Tel. kontaktowy……………

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 zlecenia 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