

O Ś W I A D C Z E N I E

Nazwisko	
Imiona	
Nazwisko rodowe	
Obywatelstwo	
PESEL	
NIP* dla osób prowadzących działalność gospodarczą	
Numer rachunku bankowego	
Nazwa banku	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Urząd Skarbowy	
Narodowy Fundusz Zdrowia	
Posiadam prawo do emerytury/renty (TAK/NIE) Jeżeli TAK – podać numer świadczenia	
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (TAK/NIE) Jeżeli TAK wskaż stopień	

Oświadczam, że: (* - niepotrzebne skreślić)

jestem / nie jestem* zatrudniony na podstawie umowy o pracę i z tego tytułu osiągam przychód w przeliczeniu na okres miesiąca równy co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu, przebywam / nie przebywam* na urlopie bezpłatnym, przebywam / nie przebywam* na urlopie wychowawczym, podlegam, / nie podlegam* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innej umowy zlecenia i łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie jest równe co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu).

prowadzę / nie prowadzę* pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia,

prowadzę, / nie prowadzę* pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której jestem uprawniony do opłacania preferencyjnych składek, a mimo to odprowadzam z jej tytułu składki od podstawy wynoszącej co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia,

prowadzę / nie prowadzę* pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam standardowe składki - od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej,

prowadzę / nie prowadzę działalność nieewidencjonowaną w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2018 poz. 646).

mam / nie mam* ustalonego prawa do emerytury lub renty,

jestem / nie jestem** uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat,

wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie **dobrowolnymi** ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi,

wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie **dobrowolnym** ubezpieczeniem chorobowym.

wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie **pracowniczym planem kapitałowym, jeżeli Zleceniodawca będzie zobowiązany go utworzyć.**

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przekazanie informacji rocznej PIT 11 na wskazany adres e-mail

O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie **5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.**

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

....., dnia
(podpis osoby składającej oświadczenie)