|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego nr 9/2019**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO CELÓW PODATKOWYCH
ORAZ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**1. Dane osobowe**

Nazwisko ………………….……………………………….. Imiona 1. ................................. 2. ....................................

Imiona rodziców ………………………………………. ……………………………………..….……………..

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

Nazwisko rodowe ............................................................ Obywatelstwo ……….……..………………………………………..

PESEL ...................................................................................

Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców) ……………………..………….………………………………………………..

Seria i nr dow. osob. ……………..…………………………….. wydany przez …………………………………………………………..

**2. Adres zamieszkania**

Województwo ................................................... Powiat ....................................... Gmina …….…………………………..

Ulica ……………………………….…………. Nr domu ....................... Nr mieszkania ..............................

Miejscowość …………………………. Kod pocztowy ............................... Poczta ...............................

**3. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem 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 zaliczkach na podatek** **dochodowy PIT)**

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

Moim aktualnym identyfikatorem podatkowym jest numer:

***uzupełnić jedno z poniższych***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer NIP

 ………………

**Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:**

**5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ……………………………….

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA ZATRUDNIENIA** | **WYMIAR CZASU PRACU****okres zawarcia umowy** | **NAZWA ZAKLADU PRACY** | **CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE****Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI** | **CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)** |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie**□ | **Tak** □ **Nie**□ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie**□ | **Tak** □ **Nie**□ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie**□ | **Tak** □ **Nie**□ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **Tak** □ **Nie**□ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | **Tak** □ **Nie**□ |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).** | **Tak** □ **Nie**□ |

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest ………………………………………………………………

(wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa)

od kwoty wynagrodzenia minimalnego – (od 01.01.2019 r. – 2.250,00 zł brutto).

1. **Mam ustalone prawo do emerytury** **Tak** □ **Nie** □

znak: …………………………………………………………………………….………….

**Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak** □ **Nie** □

znak: …………………..………………..od ……………………… do dnia ………………………

**Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno rentowego/** …………………………………………………………………………………………

 **8. Mam ustalony stopień niepełnosprawności** **Tak** □ **Nie** □

□ 1 stopień □ 2 stopień □ 3 stopień

1. **Jestem uczniem/studentem szkoły/uczelni ……………………………………………………….,** i nie ukończyłem 26. roku życia **Tak** □ **Nie** □
2. **Jestem osobą bezrobotną** **Tak** □ **Nie** □

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) ................................................................................. pod numerem ................................,

 z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

Jestem bezrobotny(a) nie zarejestrowany(a), bez prawa do zasiłku **Tak** □ **Nie** □

1. **Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym/bezpłatnym\*) w okresie** od………………………………… do ………………………………….
2. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** **Tak** □ **Nie** □

od.................................................

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ............................................................

1. **Proszę o objęcie z tytułu niniejszej umowy dobrowolnym ubezpieczeniem:**
* **emerytalnym Tak □ Nie □**
* **rentowym Tak □ Nie □**
* **chorobowym Tak □ Nie □**

**Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie zawarta z** Stowarzyszeniem Nauczycieli i Wychowawców w Kielcach **niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę, umowy zlecenie itd.)**

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania 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 i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **–** |  |  | **–** |  |  |  |  |  |

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRRR) **Podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy**

\*) *niepotrzebne skreślić*