

Oświadczenie

Dane dotyczące Zleceniobiorcy nie będącego pracownikiem Inspekcji, dla celów ustalenia obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

I Dane osobowe

Nazwisko		Imię	drugie Imię	Nazwisko rodowe
data urodzenia i miejsce urodzenia		Imiona rodziców		Obywatelstwo
Nr. dowodu		PESEL		NIP

II Adres

miejscowość		ulica, nr domu	kod	poczta
Nr tel.				

III Adres do korespondencji

(jeśli adres jest tożsamy nie wypełniać)

miejscowość		ulica, nr domu	kod	poczta
-------------	--	----------------	-----	--------

IV Narodowy Fundusz Zdrowia

(oddział w którym następuje zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (nazwa, adres))

Jestem	rencistą*	emerytem*	posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*	stopień niepełnosprawności **
--------	-----------	-----------	---	-------------------------------

* zaznaczyć odpowiednie pole

** wpisać stopień niepełnosprawności

V Urząd Skarbowy

.....
właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT- 8 B nazwa i adres

VI Oświadczenie dotyczące rachunku bankowego

Proszę o przekazywanie moich wynagrodzeń na rachunek bankowy

.....
podać nazwę banku nr rachunku

VII Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

A Oświadczam, że jestem objęta (y) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu

stosunku pracy *	członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych*
Wykonywania pracy nakładczej*	stosunku służby w WP, Policji, SG, SW, PSW, SW, S.C *
wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy*	prowadzenia pozarolniczej działalności na własne nazwisko*
emeryt/rencista (nr i rodzaj świadczenia, nazwa oddziału ZUS)	

zaznaczyć odpowiednie pole*

z innego tytułu

określić tytuł

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

niższa*	równa *	wyższa*	od kwoty 1850,00 najniższego ogłoszonego na 2016 rok
---------	---------	---------	--

zaznaczyć odpowiednie pole*

B* Nie jestem zatrudniony, nie świadczę pracy, nie prowadzę działalności gospodarczej oraz nie posiadam innego tytułu, w związku z którym potrącać mogłyby być składki ZUS

wnoszę o obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe **	wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe **
--	--

* Jeśli wypełniamy A nie dotyczy B;

** zaznaczyć odpowiednie pole

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia niezwłocznie poinformuję w formie pisemnej dział księgowy w Powiatowym Inspektoracie Weterynarii w Szczecinie ul. Orłąt Lwowskich 8. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawiłym w tym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacyjnej zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.)

data i czytelny podpis składającego oświadczenie