 załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY 2018 rok

1. Informacja osobowa zleceniobiorcy do celów podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencyjnych:
2. **Nazwisko:**
3. **Imiona:**
4. **Data i miejsce urodzenia:**
5. **PESEL:**
6. **Adres zamieszkania:**
7. **Urząd Skarbowy:**
8. **Numer konta bankowego:**
9. Oświadczam, że:
10. jestem/nie jestem\*) zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę (bez względu na wymiar czasu pracy i osobę pracodawcy) w:………………………………………………………………………………………….

*(podać nazwę zakładu pracy)*

1. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:
* przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzenia **2100zł,**
* nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia,
1. nie jestem/jestem\*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartą na okres od dnia ............... do dnia ......................., z wynagrodzeniem brutto powyżej/poniżej\*) minimalnego wynagrodzenia
2. nie posiadam/posiadam\*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia …………………………..

i pobieram z ZUS w/w świadczenie,

5. nie jestem/jestem\*) właścicielem /wspólnikiem…………………………………………………….

 *(nazwa firmy, rodzaj działalności)*

 ubezpieczonym w ZUS od………………………………………………………………………….

1. nie jestem/jestem\*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat

............................................................................................................................................................

*(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)*

1. nie jestem/jestem bezrobotny/a\* )zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w ………………………… .......................................................................... i nie pobieram/pobieram\*) zasiłek dla bezrobotnych\*),
2. nie przebywam/przebywam\*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym\*) od dnia .....................
3. nie wnoszę/wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym *(proszę właściwe zaznaczyć, jeśli korzysta się z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu)*,
4. nie wnoszę/wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

\**właściwe podkreślić*

**Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w pkt. 1-8 w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.**

**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 przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**

Data: Podpis