|  |
| --- |
| **Oświadczenie do Celów Ubezpieczeniowych** **Białystok, dnia**………………………….**Nazwisko** …..........................…..........................…................................. **Imiona** ......................................................….........................................**Data urodzenia** …..........................….... **PESEL/NIP** ……………………………………… **Obywatelstwo** .......................................................**Oddział NFZ** .........................................................................  **Nr telefonu:** ............................................................................................................**Adres zamieszkania: kod** .… .… - .... .… …. **miejscowość** ................................….................**powiat**.........................................................**Gmina**……………........................................................ **ulica** ..................................................................... **nr domu**  ............ **nr lokalu** ............**Kraj**………………………………………..…**Województwo**………………………………………….**Poczta**…………………………………………………**Rodzaj obowiązku podatkowego podatnika:[[1]](#footnote-1)*** nieograniczony obowiązek podatkowy (rezydent)
* ograniczony obowiązek podatkowy (nierezydent)

**Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika1**………………………………………………………...….**Rodzaj numeru identyfikacyjnego1**………………………………………………………………….……….. **Kraj wydania numeru identyfikacyjnego1**………………………………………………………….………..**Nazwisko rodowe** ........................................................................... **Urząd Skarbowy:** ........................................................................................ |

**Oświadczam, że:**

1. Jestem / nie jestem¹ zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej na okres od …………..……do…………….… w…………………………..….. ..........................................................................
2. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:
* przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzeniu
* nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia
1. jestem / nie jestem**¹** jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług¹, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Umowa zawarta jest na okres od ...................................... do ........................... i z tego tytułu jestem płatnikiem ubezpieczenia²:

🞏 - zdrowotnego, 🞏 - emerytalnego, 🞏 - rentowego, 🞏 - chorobowego, 🞏 - wypadkowego

Otrzymuję wynagrodzenie z w/w umowy w kwocie brutto ……………………… płatne na dzień ………......................……………………..

1. nie prowadzę / prowadzę¹ działalność gospodarczą od dnia ……………………………..………………. **(proszę wypełnić załącznik nr 1)**
2. nie posiadam / posiadam¹ ustalone prawo do emerytury/renty¹ decyzją ZUS z dnia ...................... i pobieram z ZUS w/w świadczenie,
3. nie posiadam / posiadam¹ ustalony stopień niepełnosprawności²: 🞏 lekki, 🞏 umiarkowany, 🞏 znaczny,
4. nie jestem / jestem¹ studentem i nie¹ ukończyłem 26 lat ..........................................................................................................................,

*(nazwa i adres szkoły wyższej – dołączyć* ***ksero legitymacji****)*

1. nie jestem / jestem¹ uczestnikiem studiów doktoranckich rozpoczętych przed 01.10.2019r ..................................................................... ............................................................................................................................................................................................................. *(nazwa i adres szkoły wyższej, wydział)*
2. otrzymuję stypendium doktoranckie w ramach **Szkoły Doktorskiej w kwocie brutto**………………………………………………………
3. nie jestem / jestem bezrobotny/a¹ zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy…………………………………………………….......
i nie pobieram/pobieram¹ zasiłek dla bezrobotnych,
4. nie przebywam / przebywam¹ na urlopie macierzyńskim/wychowawczym¹ od dnia .................................. do dnia ..................................
5. nie wnoszę / wnoszę¹ o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym *(proszę właściwe zaznaczyć, jeśli korzysta się
z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu)*,
6. nie wnoszę / wnoszę¹ o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

***Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian.***

***Oświadczam*, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, zgodnie z Art. 233 Kodeksu Karnego.**

…………………………………………………………………. (podpis)

**Załącznik Nr 1**

do Oświadczenia ............................................................................…...............................

*(Imię i nazwisko)*

Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą .................................................................................................................

 *(rodzaj działalności)*

NIP ………………………………………..od ……………………… i jestem płatnikiem obowiązkowych ubezpieczeń\*\*):

 *(data)*

* zdrowotne
* emerytalne
* rentowe
* chorobowe
* wypadkowe
* opłacam standardowe składki – od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej
* opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia od ………………… do …….………….
* nie opłacam składek ZUS – tzw. „ulga na start” od …………….……. do …………..…………..

Białystok, dn. ...................................... .............................................................

 *(podpis)*

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

 *(pieczątka firmy)*

*\*\*odpowiednie zaznaczyć*

1. Wypełnia osoba zagraniczna [↑](#footnote-ref-1)