

**Oświadczenie Zleceniobiorcy/Wykonawcy\***

dla celów ustalenia obowiązku w zakresie ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego oraz naliczania i odprowadzania podatku dochodowego.

**I. Dane osobowe.**

1. NAZWISKO

2. IMIENA

3. NAZWISKO RODOWE

4. IMIĘ OJCA

5. IMIĘ MATKI

6. DATA URODZENIA (dd/mm/rok)

7. MIEJSCE URODZENIA

8. NR PESEL

9. RODZAJ DOKUMENTU ( 2- paszport/1-dowód osobisty) Seria i nr dokumentu

10. OBYWATELSTWO

11. ADRES ZAMIESZKANIA (WŁAŚCIWY DO ROZLICZEŃ Z URZĘDEM SKARBOWYM)

Kod pocztowy

Miejscowość

Województwo

Gmina

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Numer telefonu

Numer faksu

12. Adres do korespondencji: .....

.....

13. .... Urząd Skarbowy w..... ul.....

14. Nr konta bankowego .....

**II. Oświadczam, że:**

proszę wpisać „tak” w odpowiednie rubryki

1.	Jestem pracownikiem Uniwersytetu Szczecińskiego	
2.	Jestem pracownikiem..... Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne ze stosunku pracy przekracza w przeliczeniu na okres jednego miesiąca kwotę najniższego wynagrodzenia.	
3.	Przebywam na urlopie macierzyńskim / wychowawczym / bezpłatnym * (*właściwe zaznaczyć)	
4.	Jestem członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej ( spółdzielni kółek rolniczych.)/ Prowadzę działalność gospodarczą – opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne. (*właściwe zaznaczyć)	
5.	Pobieram emeryturę	
6.	Pobieram rentę	
7.	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu a) umiarkowanym b) średnim c) znacznym * (* właściwe zaznaczyć)	
8.	Jestem posłem/senatorem pobierającym z tego tytułu uposażenie	
9.	Jestem duchownym.	
10.	Odbywam zastępczą służbę wojskową ( jestem żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem Policji/funkcjonariuszem UOP/funkcjonariuszem Państwowej Straży Pożarnej/funkcjonariuszem Służby Więziennej/funkcjonariuszem Straży granicznej	
11.	Jestem słuchaczem studiów III stopnia	
12.	Jestem uczniem szkoły podstawowej/ponadpodstawowej	
13.	Jestem studentem i nie mam skończonych 26 lat (w czasie trwania umowy)	
14.	Mam zawartą inną umowę zlecenie na okres od dnia .....do dnia....., z której wynika obowiązek w zakresie ubezpieczenia społecznego, tym samym nie wnoszę o objęcie ubezpieczeniem społecznym z tytułu aktualnie zawieranej z US umowy zlecenia.	
15.	Jestem bezrobotny/a	

**III. Oświadczam, że mam ustalone prawo do:**

- 1) Emerytury,
- 2) Renty

.....  
(podać nr decyzji i oddział ZUS, który przyznał emeryturę lub rentę)

**IV. Oświadczam, że należę do:**

- 1) Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

2) .....  
(podać inny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia)

**Oświadczenie w sprawie objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym**

(wypełnia tylko zleceniobiorca nie będący pracownikiem Uniwersytetu Szczecińskiego i mający inny tytuł do ubezpieczeń)

**V. Oświadczam, że:**

wnoszę / nie wnoszę\*

o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu zawarcia z Uniwersytetem Szczecińskim umowy **zlecenia**, przy której składane jest niniejsze oświadczenie.

**Oświadczenie w sprawie objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym**

(wypełnia tylko zleceniobiorca nie będący pracownikiem Uniwersytetu Szczecińskiego i nie mający innego tytułu do ubezpieczeń)

**VI. Oświadczam, że**

wnoszę / nie wnoszę\*

o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu zawarcia z Uniwersytetem Szczecińskim umowy **zlecenia**, przy której składane jest niniejsze oświadczenie.

**VII. Oświadczam, że chcę /nie chcę\* otrzymywać formularz ZUS RMUA – raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej.**

Szczecin, dnia .....

.....  
(podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)

**VIII. Ustalenia Działu Spraw Osobowych w sprawie zgłoszenia umowy w zakresie objęcia ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym.**

Z tytułu niniejszej umowy nr ..... z dnia ..... zleceniobiorca został zgłoszony do ZUS w zakresie następujących ubezpieczeń:

emerytalne i rentowe

chorobowe

wypadkowe

zdrowotne

z kodem tytułu ubezpieczenia

.....  
(podpis pracownika Działu Spraw Osobowych)

---

\* właściwe zaznaczyć