***Załącznik nr 3*** *do Zarządzenia Nr 102/21*

*Rektora PUZ we Włocławku z dnia 12.10.2021 roku*

# OŚWIADCZENIE DO UMOWY

**dla osób rozliczających umowę poza działalnością gospodarczą**

(wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami; właściwe zaznaczyć znakiem **X**)

1. **Dane osobowe**

Nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Imiona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko rodowe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr rachunku bankowego:

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

1. **Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gmina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Powiat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Adres do korespondencji** (proszę uzupełnić tylko wówczas, gdy adres do korespondencji nie jest
tożsamy z adresem zamieszkania)

Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gmina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Powiat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Urząd skarbowy** właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11 – **(Nazwa, miejscowość, ulica)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.2. Jestem: emerytem □ tak □ nie

rencistą □ tak □ nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności □ tak □ nie

Jeśli **TAK**, proszę określić stopień niepełnosprawności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Oświadczam, że jestem pracownikiem PANS we Włocławku** (umowa o pracę)

□ tak □ nie

***JEŚLI W PKT 6 WYBRANO TAK, TO POZOSTAŁE PUNKTY 7-9 NIE DOTYCZĄ***

1. **Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

7.1. Oświadczam, że jestem objęta/y ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym:

□ tak □ nie

Jeśli **TAK**, to ubezpieczenie emerytalne i rentowe wynika ze:

 **□ Stosunku pracy**

 **□ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy**

Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z określonego przeze mnie tytułu w danym roku kalendarzowym w przeliczeniu na okres miesiąca jest:

□ równe lub wyższe niż minimalne wynagrodzenie,

□ niższe niż minimalne wynagrodzenie.

 **□ Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko i z tego tytułu
 odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe)**

Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z określonego przeze mnie tytułu w danym roku kalendarzowym jest:

□ nie niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego,

□ preferencyjna wynosząca 30% minimalnego wynagrodzenia.

 **□ Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko, ale z tego tytułu
 nie odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe)**

 Przedmiot umowy zlecenia jest tożsamy z przedmiotem prowadzonej działalności:

 □ tak □ nie

 □ **Z innego tytułu** (proszę określić) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego i chorobowego**

Proszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem:

* emerytalnym i rentowym: □ tak □ nie
* chorobowym: □ tak □ nie
1. **Oświadczam, że jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/em 26 lat:**

□ tak □ nie

Oświadczam, że wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Zobowiązuję się do poinformowania Zleceniodawcy w ciągu 7 dni o wszelkich zmianach, dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego, właściwego dla tej umowy zlecenia.

**Wyrażam zgodę na potrącenie z bieżących wypłat: kwot wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne nieprawidłowo naliczonych wskutek nieterminowego lub błędnego poinformowania Zleceniodawcy w zakresie zmiany danych objętych niniejszym oświadczeniem.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(data i czytelny podpis zleceniobiorcy)

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

**KOD ZAWODU\*:**