

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY ZLECENIOBIORCY

1. DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZANEJ DO ZUS

Nazwisko Imię

Nazwisko rodowe Imię drugie

Data urodzenia Miejscowość.....

PESEL NIP

Obywatelstwo Tel. kont.

Adres zameldowania

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu.....

Województwo Powiat

Gmina Poczta

Adres zamieszkania oraz adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zameldowania

.....

.....

2. DANE DO ROZLICZEŃ PUBLICZNO – PRAWNYCH

Nazwa Urzędu Skarbowego:

Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

3. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

3.1. Podstawa wyłączenia z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych:

Oświadczam, że umowa zlecenie jest/nie jest* moim jedynym źródłem utrzymania

Informuję, że jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy pracę u innego pracodawcy niż..... a moje wynagrodzenie z umowy o pracę jest równe lub większe niż kwota minimalnego wynagrodzenia. Nazwa zakładu pracy
Jestem studentem(ką) w wieku do ukończenia 26 lat lub uczniem/uczennicą szkoły ponadpodstawowej (nr leg. Szkolnej lub studenckiej) Nazwa Szkoły/uczelni
Świadczę usługi na podstawie INNEJ umowy zlecenia na rzecz INNEGO zleceniodawcy niż..... i odprowadzam już składkę ZUS z tytułu umowy zlecenia równe lub większe niż kwota minimalnego wynagrodzenia. Nazwa innego zleceniodawcy

I jednocześnie **wnoszę/nie wnoszę*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniami społecznymi.

3.2. Obowiązkowe Ubezpieczenia Społeczne

Nie spełniam żadnego z podanych wyżej warunków i tym samym podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym

A ponadto **chcę/nie chcę*** ubezpieczyć się dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.

4. OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Oświadczam, iż:

- w przypadku zmiany danych w trakcie trwania umowy, poinformuję Zleceniodawcę o zaistniałych zmianach w ciągu 2 dni roboczych,

- **mam/nie mam ustalone prawo do emerytury/renty***

- **posiadam/nie posiadam lekki/umiarkowany/znaczný stopień niepełnosprawności,***

- **jestem/nie jestem zarejestrowany jako bezrobotny w Powiatowym Urzędzie Pracy,***

Dokładny adres Urzędu Pracy

Wpłatę proszę przesłać na konto nr
w banku

Wpłatę proszę przekazać w formie gotówkowej, do rąk własnych

Zleceniodawca informuje:

1. Jeżeli zleceniobiorca wybierze w pkt. 3.2 objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, to z wynagrodzenia będzie potrącana co miesiąc składka 2,45% kwoty brutto, co powoduje:

a. niższe wynagrodzenie netto o kwotę tej składki,

b. nabycie (po upływie 90 dni od dnia zawarcia umowy zlecenia chyba, że do ubezpieczenia chorobowego podlega się z innej umowy o pracę / zlecenia) prawa do zasiłku chorobowego z ZUS w okresie zwolnienia lekarskiego,

c. zakaz pracy w okresie zwolnienia lekarskiego.

Zleceniobiorca jest zobowiązany poinformować Zleceniodawcę o wszelkich zmianach związanych z podjęciem dodatkowego zatrudnienia – bez względu na rodzaj umowy, w ciągu 2 dni roboczych od zaistniałej sytuacji

Zgodność z prawdą powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić