**Oświadczenie dla celów podatkowych**

**oraz ubezpieczenia społecznego**

Dotyczy (określić rodzaj zawartej umowy, podać nazwę zleceniodawcy):

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

1. Imiona i nazwisko oraz nazwisko rodowe (podać obydwa imiona): …………………………………………………………………………………………………..............................................................................

2. Adres zamieszkania (z kodem pocztowym):

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………...……

3. PESEL: ……………………………………………………………...4. NIP: .………………………………………………………………....

5. Seria i numer dowodu osobistego, data wystawienia i przez kogo:

………………………………………………………………………………………….….….….……………………………………......………

6. Przynależność do NFZ (podać oddział i symbol): …………………………………………………………………………………………..........................................................................................

7. Informacja dotycząca zatrudnienia i posiadanych uprawnień w zakresie ubezpieczenia społecznego:

a) miejsce, adres stałego zatrudnienia ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...…………………………………………. ...........................………………………………………………………………………………

b) rodzaj zatrudnienia *(proszę wstawić X we właściwym miejscu oraz* *podać rodzaj i datę )*

|  |  |
| --- | --- |
|  | umowa o pracę |
|  | inny rodzaj zatrudnienia podlegający ubezpieczeniom społecznym (emerytalne, rentowe):  - rodzaj i data zatrudnienia (dz/m-c/rok): ………………………………………................................................................................ |
|  | inny rodzaj zatrudnienia nie podlegający ubezpieczeniom społecznym (emerytalne, rentowe):  - rodzaj …..……………………………………………………………………………………………………................................... |

c) kwota wynagrodzenia miesięcznego brutto *(proszę wstawić X we właściwym miejscu)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | wyższa od najniższego wynagrodzenia krajowego |
|  | niższa od najniższego wynagrodzenia krajowego |

**d) jestem uprawniony do emerytury, renty ustalonej decyzją ZUS, znak, z dnia *(dokładna data dz/m-c/rok ):***

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

e) jestem objęty odrębnymi przepisami w zakresie ubezpieczenia społecznego (wymienić z jakiego tytuł, daty zawarcia innej umowy):

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

8. Na podstawie przedłożonej w pkt. 6 informacji oświadczam, że z tytułu niniejszej umowy *(proszę wstawić X we właściwym miejscu)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym |
|  | NIE wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym |

9. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego:

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

***Oświadczam, że  dane zawarte w formularzu  są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności finansowej za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością. W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian w powyższych danych, zobowiązuję się do niezwłocznego uzupełnienia niniejszego oświadczenia i przekazania do Małopolskiej Izby Rolniczej w Krakowie.***

Miejscowość i data: ...........................................................

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

*czytelny podpis składającego oświadczenie*