

Kwestionariusz dotyczący danych osobowych niezbędnych do zawarcia umowy zlecenia oraz zgłoszenia do ZUS i US

NAZWIŚKO

NAZWIŚKO RODOWE

IMIONA : 1. 2.

DATA URODZENIA..... NUMER DOWODU OSOBISTEGO

NR PESEL..... NR NIP

Który numer identyfikacyjny należy wskazać na druku PIT? – proszę zaznaczyć właściwe pole:

PESEL NIP (dotyczy m.in.: prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS)

OBYWATELSTWO..... PŁEĆ: Kobieta/ Mężczyzna
(niepotrzebne skreślić)

ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA (będący jednocześnie adresem do wykazania na PIT)

Województwo..... Powiat..... Gmina

Ulica..... nr domu nr mieszkania

kod pocztowy..... miejscowość/poczt

numer telefonu kontaktowego

Adres e-mail

pełna nazwa i adres urzędu skarbowego

ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zameldowania / zamieszkania)

Ulica..... nr domu nr mieszkania

kod pocztowy..... miejscowość/poczt

DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO

NAZWA BANKU

NUMER KONTA BANKOWEGO

OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):

- jestem studentem/ucznem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji))
- jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie za pracę
- jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi co najmniej tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę
- prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej,
- prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia
- usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przez mnie działalności gospodarczej
- jestem emerytem/rencistą
- legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności
- wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
- nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
-

(inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

Należę do zaznaczonego oddziału narodowego funduszu zdrowia:

- 01R Dolnośląski O/NFZ
- 02R Kujawsko-Pomorski O/NFZ
- 03R Lubelski O/NFZ
- 04R Lubuski O/NFZ
- 05R Łódzki O/NFZ
- 06R Małopolski O/NFZ
- 07R Mazowiecki O/NFZ
- 08R Opolski O/NFZ
- 09R Podkarpacki O/NFZ
- 10R Podlaski O/NFZ
- 11R Pomorski O/NFZ
- 12R Śląski O/NFZ
- 13R Świętokrzyski O/NFZ
- 14R Warmińsko-Mazurski O/NFZ
- 15R Wielkopolski O/NFZ
- 16R Zachodniopomorski O/NFZ

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych zamieszczoną na stronie internetowej <http://www.lub-azs.pl/sksy> Oświadczam, że o fakcie jakiegokolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę

.....
Podpis Zleceniobiorcy

.....
data