

## OŚWIADCZENIE

(Dane dotyczące zleceniobiorcy NIEBĘDĄCEGO PRACOWNIKIEM INSPEKCJI, dla celów ustalenia obowiązku do ubezpieczeń społecznych, zdrowotnego)

PESEL.....NIP.....  
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO.....  
NAZWISKO.....  
IMIĘ PIERWSZE..... IMIĘ DRUGIE.....  
DATA URODZENIA.....NAZWISKO RODOWE.....  
OBYWATELSTWO.....CZY JEST EMERYTEM TAK<sup>1</sup> / NIE<sup>1</sup>.  
CZY JEST RENCISTĄ TAK<sup>1</sup> / NIE<sup>1</sup>  
CZY JEST NIEPEŁNOSPRAWNYM LUB NIEZDOLNYM DO PRACY TAK<sup>1</sup> / NIE<sup>1</sup>

*(jeżeli TAK<sup>1</sup> należy wpisać rodzaj niezdolności do pracy lub inwalidztwa (dokładnie jak w decyzji lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej ds. inwalidztwa ZUS np. III grupa inwalidztwa, częściowa niezdolność do pracy)*

OKRES TRWANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI<sup>1</sup> / NIEZDOLNOŚCI DO PRACY<sup>1</sup> OD DNIA..... DO DNIA .....

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – ODDZIAŁ, W KTÓRYM NASTĘPUJE ZGŁOSZENIE DO  
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO .....

ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE:

KOD POCZTOWY.....MIEJSCOWOŚĆ.....  
GMINA.....  
ULICA.....NR DOMU.....NR LOK.....NR TELEF.....

ADRES ZAMIESZKANIA (należy wpisać gdy jest inny niż adres zameldowania na stałe):

KOD POCZTOWY.....MIEJSCOWOŚĆ.....  
GMINA.....  
ULICA.....NR DOMU.....NR LOK.....NR TELEF.....

ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wpisać gdy jest inny niż adres zameldowania i zamieszkania):

KOD POCZTOWY.....MIEJSCOWOŚĆ.....  
GMINA.....  
ULICA.....NR DOMU.....NR LOK.....NR TELEF.....

<sup>1/</sup> niepotrzebne skreślić

### OŚWIADCZENIE DO UMOWY ZLECENIA NA 2019 ROK

OŚWIADCZAM, ŻE:

- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> PRACOWNIKIEM, ZATRUDNIONYM W .....  
NA CZAS ..NIEOKREŚLONY<sup>1</sup> / CZAS OKREŚLONY DO DNIA<sup>1</sup> .....
  - KORZYSTAM<sup>1</sup> / NIE KORZYSTAM<sup>1</sup> Z URLOPU BEZPŁATNEGO<sup>1</sup> / URLOPU WYCHOWAWCZEGO<sup>1</sup> / URLOPU  
MACIERZYŃSKIEGO<sup>1</sup> (W TERMINIE OD DNIA .....DO DNIA.....)
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> CZŁONKIEM ROLNICZEJ SÓLDZIELNI PRODUKCYJNEJ LUB SPÓŁDZIELNI KÓLEK  
ROLNICZYCH,
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> ŻOŁNIERZEM ZAWODOWYM ANI FUNKCJONARIUSZEM W SŁUŻBIE: POLICJI, AGENCJI  
BEZPIECZEŃSTWA WEWNĘTRZNEGO, AGENCJI WYWIADU, STRAŻY GRANICZNEJ, PAŃSTWOWEJ STRAŻY  
POŻARNEJ, SŁUŻBY WIĘZIENNEJ, SŁUŻBY CELNEJ **ORAZ** PODLEGAM<sup>1</sup> / NIE PODLEGAM<sup>1</sup> Z TEGO  
TYTUŁU OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> OSOBA PÓBIERAJĄCĄ ŚWIADCZENIE SOCJALNE WYPŁACANE W OKRESIE URLOPU,
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> OSOBA PÓBIERAJĄCĄ ZASIŁEK SOCJALNY WYPŁACANY NA CZAS  
PRZEKWALIFIKOWANIA ZAWODOWEGO I POSZUKIWANIA NOWEGO ZATRUDNIENIA, WYNIKAJĄCE ,  
WYNIKAJĄCE Z ODREBNYCH PRZEPISÓW LUB UKŁADÓW ZBIOROWYCH PRACY
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> DUCHOWNYM

ORAZ, ŻE PRZYCHÓD W PRZELICZENIU NA OKRES MIESIĄCA JEST NIŻSZY<sup>1</sup> / WYŻSZY<sup>1</sup> OD KWOTY MINIMALNEGO  
WYNAGRODZENIA

- WYKONUJĘ<sup>1</sup> / NIE WYKONUJĘ<sup>1</sup> PRACĘ NAKŁADCZĄ
- WYKONUJĘ<sup>1</sup> / NIE WYKONUJĘ<sup>1</sup> PRACĘ NA PODSTAWIE UMOWY AGENCYJNEJ<sup>1</sup> / UMOWY ZLECENIA<sup>1</sup> ALBO INNEJ  
UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUG<sup>1</sup>, DO KTÓREJ STOSUJE SIĘ PRZEPISY DOTYCZĄCE ZLECENIA ( W TERMINIE OD  
DNIA ..... DO DNIA .....)

- JESTEM / NIE JESTEM OSOBĄ PROWADZĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ POZAROLNICZĄ LUB Z TAKĄ OSOBĄ WSPÓŁPRACUJĄCĄ
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> POSŁEM<sup>1</sup> / SENATOREM<sup>1</sup> POBIERAJĄCYM UPOSAŻENIE.
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> STUDENTEM
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> UCZNIEM SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> ŻOŁNIERZEM NIEZAWODOWYM W SŁUŻBIE CZYNNEJ
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> OSOBĄ ODBYWAJĄCĄ ZASTĘPCZĄ FORMĘ SŁUŻBY WOJSKOWEJ
- JESTEM<sup>1</sup> / NIE JESTEM<sup>1</sup> EMERYTEM / RENCISTĄ , OPŁACAJĄCYM SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA NA UMOWĘ O PRACĘ LUB UMOWĘ ZLECENIE , A UMOWA Z POWIATOWYM LEKARZEM WETERYNARII JEST DRUGIM ŹRÓDŁEM DOCHÓDU I NIE PODLEGA UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM.
- WNOSZĘ<sup>1</sup> / NIE WNOSZĘ<sup>1</sup> O DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE.
- WNOSZĘ<sup>1</sup> / NIE WNOSZĘ<sup>1</sup> O DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE CHOROBOWE.

**OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/ŚWIADOMA ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z TYTUŁU PODANIA NIEPRAWDZIWYCH DANYCH.**

**KAŻDĄ ZMIANĘ INFORMACJI ZAWARTEJ W POWYŻSZYM OŚWIADCZENIU ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ NIEZWŁOCZNIE ZGŁOSIĆ W KSIĘGOWOŚCI INSPEKCJI WETERYNARYJNEJ POWIATOWYM INSPEKTORACIE WETERYNARII W KOŁOBRZEGU UL. SZARYCH SZEREGÓW 1**

.....  
(DATA I PODPIS SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE)

<sup>1/</sup> *niepotrzebne skreślić*