AZS GDAŃSK
ul. Uphagena 25, 80-237 Gdańsk
NIP 957-97-27-755
gdańsk@azs.pl

OŚWIADCZENIE DO UMOWY CYWILNOPRAWNEJ

do celów podatkowych i ubezpieczeniowych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE

Nazwisko		
Nazwisko rodowe		
Imiona	**1)**	**2)**
Data urodzenia		
Obywatelstwo		
PESEL		
Nr dowodu osobistego		
Email:		
Podanie adresu email wiąże się z wyrażeniem zgody na wysłanie PIT drogą elektroniczną.		
Numer telefonu		
Numer konta bankowego		

Adres zameldowania/zamieszkania:

Organem podatkowym właściwym miejscowo w sprawach należnego za dany rok podatkowego podatku dochodowego od osób fizycznych dla podatników, którzy zmienili miejsce zamieszkania lub pobyty, wskutek czego właściwy stał się organ podatkowy inny niż dotychczasowy- **jest organ podatkowy według miejsca zamieszkania lub pobytu w ostatnim dniu roku podatkowego**, a gdy zamieszkanie lub pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ustał przed tym dniem- według ostatniego miejsca zamieszkania lub pobytu na jej terytorium.

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu	
Nr mieszkania	
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
Urząd Skarbowy	

AZS GDAŃSK
ul. Uphagena 25, 80-237 Gdańsk
NIP 957-97-27-755
gdańsk@azs.pl

Oświadczam,

1. NIE * Jestem Studentem / uczniem szkoły ponadpodstawowej

Nazwa Uczelni / Szkoły	
Numer Legitymacji	
Data ważności Legitymacji	

2. NIE jestem równocześnie zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę Wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:
   - ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie/ ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie
3. TAK przebywam na urlopie ☐ macierzyńskim ☐ wychowawczym / ☐ bezpłatnym od.....do.....
4. TAK * jestem objęty/a obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia (innej niż w MNiSW) zawartej na okres od.....do.....
   Wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenie w każdym miesiącu w kwocie brutto wynosi:
   - co najmniej minimalne wynagrodzenie
5. NIE prowadzę działalność gospodarczą i opłacam składki ZUS
   - ☐ Standardowe / ☐ preferencyjne **)
5. TAK * jestem:
   - ☐ Emerytem / ☐ rencistą **)
6. TAK * posiadam orzeczenie/a o niepełnosprawności:
   - ☐ Lekki / ☐ umiarkowany / ☐ znaczny **)

UWAGA - Zleceniobiorca może przystąpić do DOBROWOLNYCH ubezpieczeń społecznych

* proszę o objęcie mnie dobrowolnym, ubezpieczeniem chorobowym.

* proszę o objęcie mnie dobrowolnym emerytalno-rentowym.

Oświadczam również, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę na piśmie niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Oświadczam, iż wszystkie podane przez mnie wyżej dane są zgodne ze stanem rzeczywistym, a w razie ich niezgodności ponoszę wszelką odpowiedzialność z tego tytułu. Upoważniam Zleceniodawcę do dokonywania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi. Jeśli na skutek podania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub nieprzekazania informacji o zmianie swojej sytuacji ubezpieczeniowej płatnik będzie zobowiązany opłacić za zleceniobiorcę składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, zobowiązuję się do zwrotu składek w części finansowanej ze środków ubezpieczonego oraz całości należnych odsetek.

.....

data i podpis Zleceniobiorcy

*) niepotrzebne skreślić

**)zakreślić właściwe