

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY 2024 rok

I. Informacja osobowa zleceniobiorcy do celów podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencyjnych:

Nazwisko..... Nazwisko rodowe.....
Imiona: :..... Imię ojca.....
Imię matki:..... Miejsce urodzenia.....
Data urodzenia..... PESEL:.....
Telefon Email:
Adres zamieszkania: Ulica:.....Nr domuNr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta
Województwo Powiat Gmina
Urząd skarbowy (dokładny adres).....
Numer konta bankowego.....

Oświadczam, że*

1. Jestem/ nie jestem* zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę
.....
(podać nazwę zakładu pracy)
2. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:
 przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzenia **4300,00 zł brutto**
 nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia,
3. nie jestem/jestem*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartą na okres od dnia do dnia, z wynagrodzeniem brutto powyżej/poniżej*) minimalnego wynagrodzenia
4. nie posiadam/posiadam*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia
i pobieram z ZUS w/w świadczenie
5. nie jestem/jestem*) właścicielem /wspólnikiem.....
(nazwa firmy, rodzaj działalności)
ubezpieczonym w ZUS od.....
6. nie jestem/jestem*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat
.....
(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)
7. nie jestem/jestem bezrobotny/a*)zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w
..... i nie pobieram/pobieram*) zasiłek dla bezrobotnych*),
8. nie przebywam/przebywam*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym*) od dnia
9. Usługę wykonam/nie wykonam w ramach osobiście wykonywanej działalności gospodarczej

*właściwe podkreślić

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w pkt. 1-9 w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Słupskiego Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, która będzie ich administratorem. Zgadzam się na przekazywanie tych danych osobom trzecim, a także na ich przetwarzanie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie niezbędnym do realizacji procesu rekrutacji. Administratorem danych jest: Słupskie Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, ul. Szczecińska 99, 76-200 Słupsk.

Data:

Podpis.....