Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY 2026 rok

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

Nazwisko..... Nazwisko rodowe.....

Imiona: :..... PESEL:.....

Imię ojca..... Imię matki: .....

Miejsce urodzenia..... Data urodzenia.....

Telefon .....

Adres zamieszkania: Ulica:.....Nr domu .....Nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....

Urząd skarbowy (dokładny adres).....

Numer konta bankowego.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie rocznych informacji PIT-11 przez płatnika: Słupskie WOPR:

drogą elektroniczną na mój adres email: .....

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 4806,00 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.....