

**WZÓR**

**DANE ZLECENIOBIORCY (WYKONAWCY) POTRZEBNE DO PRZYGOTOWANIA ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, ROZLICZENIA Z URZĘDEM SKARBOWYM**

**A. Dane personalne**

**Dane osobowe:**

Nazwisko:.....

Imię (imiona):.....

Nazwisko rodowe:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Obywatelstwo:.....

Seria i numer dowodu osobistego:.....

Telefon kontaktowy:.....

**Miejsce zameldowania:**

Województwo..... powiat..... gmina/dzielnica.....

Miejscowość, kod pocztowy.....

Ulica, nr domu i mieszkania.....

**Miejsce zamieszkania:**

Województwo..... powiat..... gmina/dzielnica.....

Miejscowość, kod pocztowy.....

Ulica, nr domu i mieszkania.....

Urząd Skarbowy (nazwa i adres):.....

NIP..... PESEL.....

**B. Dane dla potrzeb obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego**

1. Oświadczam, iż jestem:

a) uczniem / studentem (-tką) w wieku do ukończenia 26 roku życia\*,

.....  
NAZWA I ADRES UCZELNI / SZKOŁY (do oświadczenia należy dołączyć kopię legitymacji studenckiej, potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

b) pracownikiem zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w firmie\*,

.....  
NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY

c) zleceniobiorcą otrzymującym wynagrodzenie z tytułu wykonywanej umowy zlecenia dla innego zleceniodawcy\*. Wybieram umowę zlecenia zawartą ze zleceniodawcą

.....  
NAZWA I ADRES ZLECENIODAWCY

jako umowę rodzącą obowiązek ubezpieczeń emerytalnych i rentowych

d) emerytem\* / rencistą\* numer emerytury/renty: .....

orzeczony stopień niepełnosprawności: : tak /nie\*

stopień: lekki / umiarkowany / znaczny\*

e) zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy jako bezrobotny z prawem\* / bez prawa do zasiłku\*,

.....  
NAZWA I ADRES URZĘDU PRACY

2. Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia .....

w .....

3. Praca z tytułu zawartej umowy cywilnoprawnej wykonywana jest w siedzibie firmy: TAK / NIE\*
4. Okres, na który umowa jest zawarta (od – do): .....

**C. Dane dla potrzeb dobrowolnych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego**

1. Zgłaszam wniosek o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno - rentowym z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej: TAK / NIE\*
2. Zgłaszam wniosek o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej: TAK / NIE\*

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(am) zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Przyjmuję także do wiadomości, że o wszelkich zaistniałych zmianach powiadomię zleceniodawcę na piśmie w ciągu 7 dni.**

Data..... Podpis.....

CZYTELNY