**ANKIETA**

**Dane personalne dotyczące Zleceniobiorcy / Wykonawcy**

Nazwisko .........................................................................................

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

IMIONA : 1.

...........................................................................

2.

 ..............................................................................

Numer dowodu osobistego

......................................... Data i miejsce urodzenia ...................................................................

NR PESEL .............................................................................

NR NIP

.......................................................................

Który numer identyfikacyjny należy wskazać na druku PIT? – proszę zaznaczyć właściwe pole:
 PESEL NIP (dotyczy [m.in.:](http://m.in.:) prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS)

PŁEĆ:

Kobieta / Mężczyzna

OBYWATELSTWO .........................................................

(niepotrzebne skreślić)

**ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA (będący jednocześnie adresem do wykazania**

**na druku PIT)**

gmina/dzielnica.................................................

województwo ................................................. powiat……..............………

ulica .........................................................................

nr domu ..........................

nr mieszkania .....................................

kod pocztowy ....................... miejscowość/poczta ..................................................... numer telefonu…………….……........

pełna nazwa i adres urzędu skarbowego ………………………….........................................................................................

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

**(wypełnić tylko jeśli**

**jest inny niż adres zameldowania / zamieszkania)**

gmina/dzielnica.................................................

województwo ................................................. powiat…….............………

ulica .........................................................................

nr domu ..........................

nr mieszkania .....................................

kod pocztowy ....................... miejscowość/poczta ..................................................... numer telefonu…………….……........

**DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO**

NAZWA BANKU …………………………………………………………………………………………………………….…...

NUMER KONTA BANKOWEGO …….………………………………………………………………………………………..…

|  |  |
| --- | --- |
|   | **01R** Dolnośląski O/NFZ |
|   | **02R** Kujawsko-Pomorski O/NFZ |
|   | **03R** Lubelski O/NFZ |
|   | **04R** Lubuski O/NFZ |
|   | **05R** Łódzki O/NFZ |
|   | **06R** Małopolski O/NFZ |
|   | **07R** Mazowiecki O/NFZ |
|   | **08R** Opolskie O/NFZ |
|   | **09R** Podkarpacki O/NFZ |
|   | **10R** Podlaski O/NFZ |
|   | **11R** Pomorski O/NFZ |
|   | **12R** Śląski O/NFZ |
|   | **13R** Świętokrzyski O/NFZ |
|   | **14R** Warmińsko-Mazurski O/NFZ |
|   | **15R** Wielkopolski O/NFZ |
|   | **16R** Zachodniopomorski O/NFZ |

**OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):**

**NALEŻĘ DO ZAZNACZONEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:**

|  |  |
| --- | --- |
|   | jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji ........................................................) |
|   | jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi mniej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę |
|   | jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi co najmniej** tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę |
|   | prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej** |
|   | prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia** |
|   | usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych |
|   | jestem emerytem/rencistą |
|   | legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu ……………….…………..) |
|   | wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym |
|   | nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym |
|   | …………………………………………………………………..……… (inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS) |

Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę

................................................ ............................................

data Podpis Zleceniobiorcy