

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.: prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS)

OBYWATELSTWO PŁEĆ: Kobieta / Mężczyzna
(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/poczt 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/poczt numer telefonu

DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO

NAZWA BANKU

NUMER KONTA BANKOWEGO

OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):

- ☐ jestem studentem/ucznem 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)

NALEŻĘ DO ZAZNACZONEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:

- ☐ 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

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

.....
data

.....
Podpis Zleceniobiorcy