

ANKIETA

Dane personalne dotyczące Zleceniobiorcy / Wykonawcy

NAZWISKO

NAZWISKO RODOWE

NUMER DOWODU OSOBISTEGO

IMIONA : 1. 2.

DATA 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 PIT)

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

ulica nr domu nr mieszkania

kod pocztowy miejscowość/poczta

numer telefonu kontaktowego (.....).....

pełna nazwa i adres urzędu skarbowego

ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zameldowania / zamieszkania)

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

kod pocztowy miejscowość/poczta

ulica nr domu nr mieszkania

DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO

NAZWA BANKU

NUMER KONTA BANKOWEGO

OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):

jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji) **Uwaga! Wymagane ksero aktualnej legitymacji**

jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łącznie podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi mniej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę

jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łącznie 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, wchodzi w zakres prowadzonej przez mnie działalności gospodarczej

jestem emerytem/rencistą

legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności

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:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01R | Dolnośląski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 02R | Kujawsko-Pomorski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 03R | Lubelski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 04R | Lubuski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 05R | Łódzki O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 06R | Małopolski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 07R | Mazowiecki O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 08R | Opolski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 09R | Podkarpacki O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 10R | Podlaski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 11R | Pomorski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 12R | Śląski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 13R | Świętokrzyski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 14R | Warmińsko-Mazurski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 15R | Wielkopolski O/NFZ |
| <input type="checkbox"/> 16R | Zachodniopomorski O/NFZ |

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

.....
Podpis Zleceniobiorcy

.....
data