

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/adrugie imię

- 1) PESEL:; NIP:; NFZ
- 2) Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców)
- 3) Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska)
- 4) Obywatelstwo
- 5) Urząd Skarbowy
- 6) Nazwa Banku i numer konta:

Adres zameldowania	Adres zamieszkania (inny od adresu zameldowania)
Kod pocztowy:	Kod pocztowy:
Miejscowość:	Miejscowość:
Gmina:	Gmina:
Ulica:	Ulica:
Nr domu/mieszkania:	Nr domu/mieszkania:

Oświadczam że:

1.	Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w w wymiarze i z tego tytułu osiągam przychód w przeliczeniu na okres miesiąca równy co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu	tak* / nie*
2.	Mam ustalone prawo do emerytury lub renty. Nr decyzji stan niepełnosprawności oddo	tak* / nie*
3.	Przebywam na urlopie bezpłatnym	tak* / nie*
4.	Przebywam na urlopie wychowawczym	tak* / nie*
5.	Podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innej umowy zlecenia i podstawa wymiaru składek na ww. ubezpieczenia w danym m-cu równa jest, co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu	tak* / nie*
6.	Jestem studentem/ką ; uczniem i nie ukończyłem/am 26 lat	tak* / nie*
7.	Pozostaję w rejestrze dla bezrobotnych	tak* / nie*
8.	Prowadzę działalność gospodarczą i podlegam z jej prowadzenia obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu	tak* / nie*
9.	Przedmiot zawieranej umowy nie pokrywa się z przedmiotem prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej	tak* / nie*
10.	Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym (emerytalne*, rentowe*, chorobowe*)	tak* / nie*

Oświadczam, że znane mi są zasady bezpieczeństwa i higieny pracy (zasady BHP) w zakresie prac zleconych mi przez Zleceniodawcę, zasady ochrony przeciwpożarowej, zagrożenia dla zdrowia i życia występujące w zakładzie i nie ma przeciwwskazań zdrowotnych abym wykonywał/a prace zlecone lub dzieło przez Zleceniodawcę. Oświadczam także, że posiadam uprawnienia do wykonywania powierzonego zlecenia lub dzieła. Oświadczam, że powyższe dane podałem/am zgodnie z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 223 § 1 Kk za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O zaistniałych zmianach **niezwłocznie** powiadomię Zleceniodawcę. 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 opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**

.....
Miejscowość i data.....
czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić

**wypełnić w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej

Warszawa.....

Nazwisko

Imię

RACHUNEK

za okres od: do:

Dla: Narodowego Instytutu Kardiologii, 04-628 Warszawa, ul. Alpejska 42 za wykonanie pracy zgodnie z umową zlecenia nr z dnia

Na kwotę brutto zł: słownie złotych:

Liczba przepracowanych godzin..... Jednocześnie oświadczam, że zlecenie wykonałem/am osobiście, poza godzinami pracy, bez stałego nadzoru ze strony NIKard, we wskazanej powyżej liczbie godzin.

.....
/Podpis wystawcy rachunku/

Potwierdzam wykonanie zlecenia w określonej liczbie godzin oraz wykonanie czynności zgodnie z postanowieniami zawartej umowy i ich przyjęcie bez zastrzeżeń:

.....
/ Podpis przyjmującego pracę/

A Kwota wynagrodzenia brutto:

B - 9,76% skł. emeryt.:

X - podst. składek na ubezpiecz. Społ.

C - 1,50% skł. rentowa:

i ubezpiecz. zdrowotne:

D - 2,45% skł. chorob.:

Y - 20% koszt. uzyskania:

E - 9,00% skł. zdr.:

Z - podstawa opodatk. = A-(B+C+D+Y)

F - 12% podatek od wynagrodzenia.:

F - podatek = (12% x Z)- E

Kwota do wypłaty zł:

Słownie złotych:

.....

.....

.....

Obliczył:

.....

....

Zatwierdzam do wypłaty dn.

Główny Księgowy	Dyrektor
.....

Adres zamieszkania

PESEL, NIP, NFZ

Adres Urzędu Skarbowego

Miejsce stałego zatrudnienia

Nazwa banku i numer konta