**Załącznik nr 2**

***Oświadczenie do celów ustalenia obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego***

1. **Dane Osobowe**

*Nazwisko………………………………. Imiona 1)………………………… 2)………………………………*

*Imiona Rodziców………………………………………………………………………………………………..*

*Data Urodzenia…………………………………… Miejsce urodzenia…………………………………….*

*Nazwisko rodowe………………………………………….. Obywatelstwo………………………………….*

*PESEL…………………………………………………. NIP………………………………………………..…*

*Seria i nr dowodu osobistego………………………………………………………………………………….*

*Nr tel. ……………………………………………e-mail ………………………………………………………*

1. **Adres zamieszkania**

*Województwo…………………………… powiat…………….………….. gmina……………………………*

*Ulica………………………………………….. nr domu……………. nr mieszkania………………….…..*

*Miejscowość………………………………… kod pocztowy……………… poczta……….………………..*

1. **Adres do korespondencji** *(gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)*

*Województwo…………………………… powiat…………….………….. gmina……………………………*

*Ulica………………………………………….. nr domu……………. nr mieszkania………………….…..*

*Miejscowość………………………………… kod pocztowy……………… poczta……….………………..*

1. **Urząd Skarbowy***(właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczek na podatek dochodowy PIT-11)*

*Nazwa i adres……………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………….*

1. **Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**
   1. *Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia……………………………………………………*
   2. *Jestem\* : emerytem* [ ] *tak* [ ]  *nie*

*rencistą*  [ ] *tak* [ ]  *nie*

*\*właściwe zaznaczyć wstawiając X*

* 1. *Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\** [ ] *tak* [ ]  *nie*

*\*właściwe zaznaczyć wstawiając X*

*Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności……………………………………………………………*

1. **Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

*DOTYCZY / NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej)*

*Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentownym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)*

[ ] stosunku pracy,

[ ] członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

[ ] stosunku służby w WP, Policji. SG, PSW, SW, S.C.,

[ ] wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy,

[ ] prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko,

[ ] wykonywania pracy nakładczej

[ ] z innego tytułu (określić tytuł……………………………………………………………………..)

Równocześnie oświadczam, iż osiągam dochody miesięczne nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie za prace od których odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (minimalne wynagrodzenie w …………. roku wynosi …………….zł).

1. **Numer rachunku bankowego**

*……………………………………………………………………………………………………………………*

***Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy*** *.*

*Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie,która zostanie zawarta z Powiatowym Inspektoratem Weterynarii w Wyszkowie, niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.)*

*O wszelkich zmiany dotyczących informacji podanych w punktach 1-7 w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.*

*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 i płatnika składek oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.***

*Oświadczenie będzie integralną częścią umowy-zlecenia dotyczącej świadczenia usług dla Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Wyszkowie z tytułu wyznaczenia i będzie wiązać strony   
w czasie jej obowiązywania.*

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Wyszkowie zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).***

*………………………………………………..*

*Data i podpis zleceniobiorcy*