



b) Jestem zatrudniony / nie jestem zatrudniony na podstawie **innej umowy zlecenie\***

na czas *nieokreślony* \*\*

na czas *określony (podać czas do kiedy)* \*\* .....

.....  
.....  
.....  
/ podać dokładną nazwę i adres zakładu pracy /.

**Podlegam / nie podlegam\*** obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z **innej umowy zlecenia**, o której mowa, a podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu.

2. **Przebywam / nie przebywam\*** na urlopie bezpłatnym.

3. **Przebywam / nie przebywam\*** na urlopie wychowawczym.

4.  **Nie prowadzę** pozarolniczej działalności gospodarczej.

**Prowadzę** pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której **podlegam** obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym

**oraz:**

opłacam składki od co najmniej minimalnej podstawy wymiaru składek,

opłacam składki preferencyjne od podstawy .....zł. do dnia.....(podać okres) \*\*.

5. **Mam / nie mam\*** ustalone prawo do emerytury , znak: .....

6. **Mam / nie mam\*** ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp., znak: .....

Od dnia ..... do dnia .....

Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ .....

7. **Jestem / nie jestem\*** studentem, który nie ukończył 26 roku życia (bez ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego)

.....  
/podać nazwę uczelni, rok studiów oraz ewentualnie okres urlopu np. dziekańskiego/.

Numer legitymacji studenckiej.....

8. **Jestem / nie jestem\*** osobą bezrobotną

Jeżeli TAK proszę podać Urząd Pracy w .....oraz posiadam / nie posiadam\* prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

9. **WNOSZĘ / NIE WNOSZĘ\*** o objęcie mnie **dobrowolnymi** ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi z tytułu umowy zlecenia.

10. **WNOSZĘ / NIE WNOSZĘ\*** o objęcie mnie **dobrowolnym** ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

**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 zawarta z Powiatowym Inspektorem Weterynarii w Makowie Mazowieckim, niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.)**

**Wszelkie zmiany dotyczące informacji podanych w punktach 1-10 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 jest integralną częścią umowy-zlecenia dotyczącej świadczenia usług dla Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Makowie Mazowiecki i wiąże strony w czasie jej obowiązywania.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Makowie Maz. zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997r. Nr 133, poz. 883).**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RR)

**Czytelny podpis Zleceniobiorcy**