

**OŚWIADCZENIE OFERENTA  
DOTYCZĄCE USTALENIA PODLEGANIA OBOWIĄZKOWI  
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / ZDROWOTNYCH\***

**DANE PERSONALNE**

Nazwisko .....

Imiona .....

Imiona rodziców.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Nazwisko rodowe.....

Obywatelstwo.....

**DANE IDENTYFIKACYJNE**

PESEL.....

NIP.....

Seria i numer dowodu osobistego.....

**DANE ADRESOWE**

Miejsce zamieszkania  
Województwo..... Miejscowość.....

Powiat..... Gmina.....

Ulica.....Nr domu .....Nr mieszkania.....

Kod pocztowy .....Poczt.....

**Adres Korespondencyjny** —wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny niż miejsce zamieszkania  
Województwo .....Miejscowość.....

Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Kod pocztowy.....Poczt.....

**OŚWIADCZENIE PODATKOWE**

Oświadczam ,że urzędem skarbowym właściwym dla mnie jest

Nazwa i adres urzędu skarbowego .....

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE**

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Jestem\*: emerytem /rencistą

\*niepotrzebne skreślić

(Jeśli tak , należy dołączyć do oświadczenia kopię decyzji o przyznaniu emerytury lub renty)

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: tak    nie

Jeśli zaznaczono Tak , określić orzeczony stopień niepełnosprawności:.....

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY /NIE DOTYCZY\* (\*niewłaściwe przekreślić , jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam , iż jestem objęty/a    ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

Stosunku pracy i innego pracodawcy w firmie .....od.....do.....

Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

Stosunku służby w WP, Policji ,UOP, SG,PSW, SW,S.C.

Wykonywania umów zlecenia w firmie .....od.....do.....

Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

Wykonywania pracy nakładczej z tytułu.....od.....do.....

Z innego tytułu (określić tytuł.....)od.....do.....

Upoważniam pracodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń: ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Oświadczam , i wszystkie w/w informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajanie jest mi znana . Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuje odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.**

.....  
(data i podpis pracownika)

*\* składa tylko osoba fizyczna nieprowadząca działalności*