

Załącznik nr 1 – oświadczenie Zleceniobiorcy

**Załącznik nr 1 do Umowy zlecenia Nr _____
Oświadczenie Zleceniobiorcy
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego**

1. Dane osobowe:

Nazwisko _____ Imiona 1. _____ 2. _____
Nazwisko rodowe _____ Obywatelstwo _____
Miejsce urodzenia _____ Data urodzenia _____

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy _____

2. Adres zamieszkania / do korespondencji*

Województwo _____ Powiat _____ Gmina/Dzielnica _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

3. Adres do PIT-u

Województwo _____ Powiat _____ Gmina/Dzielnica _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

4. Urząd Skarbowy: _____

5. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia _____

6. Jestem:

- Emerytem: *tak *nie
 Rencistą: *tak *nie
 Studentem: *tak *nie

7. Czy SP ZOZ MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego jest Pani/Pana podstawowym miejscem zatrudnienia:

*tak *nie

- Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1-3 są zgodne z dowodem osobistym seria _____, nr _____ wydanym przez _____ dnia _____ lub innym dowodem tożsamości _____

data i podpis
Zleceniobiorcy

***właściwe zakreślić**

30

c.d. oświadczenia

8. Oświadczam, jako Zleceniobiorca tej umowy że: jestem równocześnie zatrudniony/a u innego pracodawcy

TAK/NIE

9. Składki na ubezpieczenie społeczne z tego tytułu są odprowadzane od kwoty równej lub wyższej niż wynagrodzenie minimalne

TAK/NIE

10. Jestem ubezpieczony/a z innego tytułu (podać z jakiego) _____

11. Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia zgłaszam się dodatkowo dobrowolnie do ubezpieczenia:

TAK/NIE - emerytalnego

TAK/NIE - rentowego

TAK/NIE - chorobowego

12. O wszelkich zmianach dotyczących treści oświadczenia w ciągu 5 dni od ich zajścia powiadomię Zleceniodawcę.

13. Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniłem/am zgodnie z prawdą i że świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 K.K za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Powyższe dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów oraz zgody osoby, której dotyczą

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych
Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

***niepotrzebne skreślić**