

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY NA POTRZEBY ZUS

(v. 2018/05)

NAZWISKO	
IMIĘ PIERWSZE	
IMIĘ DRUGIE	
PESEL	
NIP <i>(dotyczy tylko osób prowadzących działalność gospodarczą)</i>	
NAZWISKO RODOWE <i>(wypełnić tylko jeśli zleceniobiorca podlega zgłoszeniu do ZUS)</i>	
ADRES ZAMIESZKANIA	
ADRES ZAMELDOWANIA	<input type="checkbox"/> taki sam jak zamieszkania
URZĄD SKARBOWY	
ODDZIAŁ NFZ	

W związku z umową zlecenie wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie:

EMERYTALNE I RENTOWE

WYPADKOWE

CHOROBY



INTER BONOS
BIURO RACHUNKOWE

OŚWIADCZAM, ŻE:	
Jestem studentem albo uczniem szkoły ponadpodstawowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pracuję w innej firmie na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem 2100 zł brutto / mc lub większym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Współpracuję z inną firmą na podstawie umowy zlecenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem emerytem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem rencistą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> BRAK <input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> ŚREDNI <input type="checkbox"/> WYSOKI
Prowadzę działalność gospodarczą i odprowadzam z tego tytułu składki ZUS	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> standardowe <input type="checkbox"/> preferencyjne
Będę wnioskować o ubezpieczenie członków rodziny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uwagi:	

Oświadczam, że wszystkie podane na niniejszym druku dane są prawdziwe i aktualne. Zobowiązuję się niezwłocznie informować Zleceniodawcę o zmianie którejkolwiek z podanych tu informacji. Wyrażam zgodę na obciążenie mnie kosztami korekt / dopłat wynikłych z podania nierzetelnych albo spóźnionych informacji.

Data	Podpis Zleceniobiorcy
------	-----------------------

