

*Oświadczenie Zleceniobiorcy***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.....

2. Adres zamieszkania

Województwo.....powiat.....gmina.....
 Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....
 Miejscowośćkod pocztowy.....poczta.....

3. Adres do korespondencji, (gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

Województwo.....powiat.....gmina.....
 Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....
 Miejscowośćkod pocztowy.....poczta.....

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

Nazwa i adres.....

5. Numer rachunku bankowego

.....

6. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1 Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

5.2 Jestem*: emerytem tak nie

rencistą tak nie

* właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

5.3 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności* tak nie

* właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności.....

7. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY / NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej)
 Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)

stosunku pracy,

- członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych,
- stosunku służby w WP, Policji, SG, PSW, SW, SC,
- 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 pracę od których odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne.

O każdej zmianie tj. uzyskaniu dodatkowego tytułu lub utracie tytułu do ubezpieczeń społecznych zobowiązuję się niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni, powiadomić Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Węgrowie.

Oświadczam, iż podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Lekarza Weterynarii w Węgrowie o każdej zmianie w zakresie ww. informacji.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania w ww. terminie 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 oraz składki finansowane przez płatnika składek tj. ubezpieczenie społeczne i fundusz pracy wpływające na naruszenie Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 sierpnia 2022 r. w sprawie warunków i wysokości wynagrodzenia za wykonywanie czynności przez lekarzy weterynarii i inne osoby wyznaczone przez powiatowego lekarza weterynarii oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Ponadto oświadczam, że zostałem pouczonej o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

[Art. 233. [Fałszywe zeznanie] § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.]

.....
Data i podpis zleceniobiorcy