

Załącznik nr 2 do wytycznych Powiatowego Lekarza Weterynarii w Wieluniu

**Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY na II półrocze 2026 r.**

I. Informacja osobowa zleceniobiorcy do celów podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencyjnych:

Nazwisko ..... Nazwisko rodowe.....

Imiona: : ..... Imię ojca .....

Imię matki: ..... Miejsce urodzenia.....

Data urodzenia..... PESEL:.....

Telefon ..... Email: .....

Adres zamieszkania: Ulica:.....Nr domu .....Nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....

Urząd skarbowy (dokładny adres).....

Numer konta bankowego.....

Oświadczam, że\*

1. Jestem/ nie jestem\* zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę

.....

(podać nazwę zakładu pracy)

2. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:

przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzenia 4.806,00 zł brutto

nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia,

3. nie jestem/jestem\*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartą na okres od dnia ..... do dnia ....., z wynagrodzeniem brutto powyżej/poniżej\*) minimalnego wynagrodzenia

4. nie posiadam/posiadam\*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia

.....

i pobieram z ZUS w/w świadczenie

5. nie jestem/jestem\*) właścicielem /wspólnikiem.....

(nazwa firmy, rodzaj działalności)

ubezpieczonym w ZUS od.....

6. nie jestem/jestem\*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat

.....

(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)

7. nie jestem/jestem bezrobotny/a\* )zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w ..... i nie pobieram/pobieram\*) zasiłek dla bezrobotnych\*),

8. nie przebywam/przebywam\*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym\*) od dnia .....

9. Usługę wykonam/nie wykonam w ramach osobiście wykonywanej działalności gospodarczej

\*właściwe podkreślić

**Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w pkt. 1-9 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 przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PIW Wieluń , który będzie ich administratorem, a także na ich przetwarzanie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie niezbędnym do realizacji procesu rekrutacji. Administratorem danych jest: Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Wieluniu ul. Kolejowa 63, 98-300 Wieluń.

Data: ..... Podpis.....