KWESTIONARIUSZ OSOBOWY ZLECENIOBIORCY

Dane do przygotowania dokumentacji kadrowo-płacowej i ustalenia obowiązków ubezpieczeniowych

1 DANE IDENTYFIKACYJNE

NAZWISKO	IMIĘ
NAZWISKO RODOWE	DRUGIE IMIĘ
IMIĘ OJCA	IMIĘ MATKI
DATA URODZENIA	MIEJSCE URODZENIA
PESEL	NIP
SERIA I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	OBYWATELSTWO
TELEFON KONTAKTOWY	ADRES E-MAIL

Adres zameldowania

WOJEWÓDZTWO	POWIAT
GMINA	MIEJSCOWOŚĆ
ULICA	NR DOMU / NR LOKALU
KOD POCZTOWY	POCZTA

Adres zamieszkania / korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zameldowania)

2 DANE DO ROZLICZEŃ PUBLICZNOPRAWNYCH

NAZWA I ADRES WŁAŚCIWEGO URZĘDU SKARBOWEGO
NAZWA ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

3 UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

3.1. Podstawa wyłączenia z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych

☐ Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy, a moje wynagrodzenie z tej umowy jest co najmniej równe minimalnemu wynagrodzeniu za pracę.

NAZWA PRACODAWCY

MIESIĘCZNE WYNAGRODZENIE BRUTTO

☐ Jestem studentem/studentką do ukończenia 26. roku życia lub uczniem/uczennicą szkoły ponadpodstawowej.

NAZWA SZKOŁY / UCZELNI

NR LEGITYMACJI

☐ Świadczę usługi na podstawie innej umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy i z tego tytułu podlegam ubezpieczeniom społecznym, a podstawa składek jest co najmniej równa minimalnemu wynagrodzeniu.

NAZWA INNEGO ZLECENIODAWCY

MIESIĘCZNA PODSTAWA SKŁADEK

☐ Nie posiadam innego tytułu wyłączającego obowiązek ubezpieczeń społecznych z niniejszej umowy zlecenia.

Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe:

☐ Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

☐ Nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

4 DODATKOWE OŚWIADCZENIA ZLECENIOBIORCY

☐ Jestem emerytem / rencistą.

☐ Nie jestem emerytem / rencistą.

☐ Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: lekkim / umiarkowanym / znacznym.

☐ Nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

☐ Jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy.

☐ Nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna.

NAZWA I ADRES POWIATOWEGO URZĘDU PRACY - JEŻELI DOTYCZY

5 RACHUNEK BANKOWY

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

NAZWA BANKU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się niezwłocznie, nie później niż w ciągu 2 dni roboczych, poinformować Zleceniodawcę o każdej zmianie danych mającej wpływ na rozliczenia podatkowe, ubezpieczeniowe lub wypłatę wynagrodzenia.

miejscowość i data

czytelny podpis zleceniobiorcy