

OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORCY O OSOBIE WSPÓŁPRACUJĄCEJ (2017 R.) do celów ubezpieczeniowych (ZUS)

Ja niżej podpisany/a:

DANE OSOBOWE			
Imię		Drugie imię	
Nazwisko		Nazwisko rodowe	
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NIP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Zamieszkały/a w:

ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość	Kod pocztowy
Gmina/dzielnica	Powiat
Województwo	Ulica
Nr domu	Nr mieszkania
Tel. kontaktowy	E-mail

PROSZĘ O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ JAKO OSOBĘ WSPÓŁPRACUJĄCĄ:

DANE OSOBOWE		
Imię		Drugie imię
Nazwisko		Stopień pokrewieństwa
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.

Oświadczam, że ww. osoba:

- Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
- Jest zatrudniona na umowę o pracę i otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie w kwocie wyższej / niższej* od 2000,00 zł brutto miesięcznie.
 Nie jest zatrudniona na umowę o pracę.*
- Wykonuje umowę-zlecenie, od której są / nie są* odprowadzane składki emerytalno-rentowe.
Kwota wynagrodzenia brutto wynosi: _____
 Nie wykonuje umowy-zlecenia.*
- Posiada dodatkowo udziały w spółce _____, w której są / nie są* odprowadzane składki emerytalno-rentowe.
 Nie posiada dodatkowo udziałów w spółce.*
- Ma ustalone prawo do emerytury / renty*. Renta przyznana jest z tytułu** _____ (niezdolności do pracy, renty rodzinnej, renty dla służb mundurowych, renty rolniczej, innej – jakiej).
 Nie ma ustalonego prawa do emerytury / renty*.
- Posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: znacznym / umiarkowanym / lekkim*.
 Nie posiada orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*.
- Wyraża zgodę / nie wyraża zgody* na odprowadzanie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Parafka
Pracownika

PARAFKA



Druk przygotowany przez TAX CARE

Miejscowość:

Dnia:

PRZEDSIĘBIORCA

Czytelny podpis Przedsiębiorcy

POUCZENIE

O wszelkich zmianach stanu faktycznego związanych z powyższym oświadczeniem należy niezwłocznie zawiadomić firmę Tax Care S.A.

* Zaznaczyć właściwe

** O ile nadano.



Druk przygotowany przez TAX CARE