

OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORCY (2017 R.) do celów ubezpieczeniowych (ZUS) i podatkowych (US)

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"/> <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"/> <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
Urząd skarbowy (dokładny adres)	Oddział NFZ (kasa chorych)

DANE FIRMY			
Nazwa firmy			
REGON	<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"/> <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"/> <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"/>
Miejscowość	Kod pocztowy		
Gmina / dzielnica	Powiat		
Województwo	Ulica		
Nr domu	Nr mieszkania		
Tel. kontaktowy	E-mail		

Oświadczam co następuje:

- Jestem zatrudniony/a na umowę o pracę i otrzymuję z tego tytułu wynagrodzenie w kwocie wyższej / niższej* od 2000,00 zł brutto miesięcznie.
 Nie jestem zatrudniony/a na umowę o pracę.*
- Wykonuję umowę-zlecenie, od której są / nie są* odprowadzane składki emerytalno-rentowe.
Kwota wynagrodzenia brutto wynosi: _____
 Nie wykonuję umowy-zlecenia.*
- Posiadam dodatkowo udziały w spółce _____, w której są / nie są* odprowadzane składki emerytalno-rentowe.
 Nie posiadam dodatkowo udziałów w spółce.*
- Mam ustalone prawo do emerytury / renty*. Renta przyznana jest z tytułu** _____ (niezdolności do pracy, renty rodzinnej, renty dla służb mundurowych, renty rolniczej, innej – jakiej).
 Nie mam ustalonego prawa do emerytury / renty.*

Parafka
Pracownika

PARAFKA



Druk przygotowany przez TAX CARE

5. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: znacznym / umiarkowanym / lekkim*.
 Nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*.
6. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na odprowadzanie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.
7. Korzystam / nie korzystam* z preferencyjnego opłacania składek ZUS.

Miejscowość:

Dnia:

Czytelny podpis

POUCZENIE

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

* Zaznaczyć właściwe

** O ile nadano.

