

# OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY OBCOKRAJOWCA (2017 R.) do celów ubezpieczeniowych (ZUS) i podatkowych (US)

Ja niżej podpisany/a:

DANE OSOBOWE			
Imię		Drugie imię	
Nazwisko		Nazwisko rodowe	
Imię ojca		Imię matki	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Numer paszportu		Kraj wydania paszportu	
POLSKI NR 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"/>	POLSKI NR 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"/>

Zameldowany/a w (wypełnić w przypadku zameldowania na pobyt stały na terytorium państwa innego niż Polska):

ADRES ZAMELDOWANIA			
Kraj		Miejscowość	
Kod pocztowy		Gmina/dzielnica	
Obwód		Ulica	
Nr domu		Nr mieszkania	

Zamieszkały/a w (adres na terytorium Polski):

ADRES ZAMIESZKANIA W POLSCE			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina/dzielnica		Powiat	
Województwo		Ulica	
Nr domu		Nr mieszkania	
Tel. kontaktowy		E-mail	
Urząd Skarbowy (dokładny adres)		Oddział NFZ (kasa chorych)	

W związku z zawarciem ze Zleceniodawcą:

DANE FIRMY			
Nazwa firmy		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"/>

umowy zlecenia z dnia:  r.

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\*.

Parafka Zleceniobiorcy **PARAFKA**



