**Załącznik nr 3 do Umowy o świadczenie usług FORMULARZ PRESONALNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWISKO |  | | | IMIĘ 1 |  | | | | IMIĘ 2 | |  | |
| NAZWISKO RODOWE | | |  | IMIĘ OJCA | |  | | IMIĘ MATKI | |  | |
| DATA URODZENIA | |  | | MIEJSCE URODZENIA | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NIP\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* NIP dotyczy m.in.: prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS*

Który numer identyfikacyjny należy wskazać na druku PIT? – proszę zaznaczyć właściwe pole: 🞏 PESEL 🞏 NIP

|  |  |
| --- | --- |
| PEŁNA NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA (będącym jednocześnie adresem do wykazania w PIT / ZUS):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WOJEWÓDZTWO | |  | POWIAT |  | | | GMINA |  | | |
| ULICA |  | | NR DOMU | |  | | NR MIESZKANIA | | |  |
| MIEJSCOWOŚĆ | |  | KOD POCZTOWY | | |  | POCZTA | |  | |

**ADRES DO KORESPONDENCJI** **(wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zameldowania/zamieszkania):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WOJEWÓDZTWO | |  | POWIAT |  | | | GMINA |  | | |
| ULICA |  | | NR DOMU | |  | | NR MIESZKANIA | | |  |
| MIEJSCOWOŚĆ | |  | KOD POCZTOWY | | |  | POCZTA | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE:** | NUMER TELEFONU |  | E-MAIL |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO:** | NAZWA BANKU |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NUMER KONTA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem/ukończyłam 26 lat (nr legitymacji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) UWAGA! Wymagane ksero aktualnej legitymacji * jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moje wynagrodzenie w danym miesiącu **wynosi mniej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę. Umowa o pracę na czas: określony do (*data zakończenia umowy*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 nieokreślony 🞏 * jestem dodatkowo zatrudniony/zatrudniona gdzie indziej i z tego tytułu moje wynagrodzenie w danym miesiącu **wynosi co najmniej** tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę. Umowa o pracę na czas: określony do (*data zakończenia umowy*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 nieokreślony 🞏 * prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej** * prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia,** usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej * jestem: emerytem 🞏 rencistą 🞏 * legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenie ZUS) | Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:   * 01R Dolnośląski O/NFZ * 02R Kujawsko-Pomorski O/NFZ * 03R Lubelski O/NFZ * 04R Lubuski O/NFZ * 05R Łódzki O/NFZ * 06R Małopolski O/NFZ * 07R Mazowiecki O/NFZ * 08R Opolski O/NFZ * 09R Podkarpacki O/NFZ * 10R Podlaski O/NFZ * 11R Pomorski O/NFZ * 12R Śląski O/NFZ * 13R Świętokrzyski O/NFZ * 14R Warmińsko- Mazurski O/NFZ * 15R Wielkopolski O/NFZ * 16R Zachodniopomorski O/NFZ |

**OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):**

**Oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę.**

……………………………..…………. …….………………………………………….

***Data Podpis***