OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego

Nazwisko: …… Imię: ……..……

Data urodzenia: ……..…. PESEL: …….…….

Seria i nr. dokumentu tożsamości: ……..…….

Miejsce zamieszkania: …….

……...

Oświadczam, że:

- mam ustalone prawo do emerytury: Tak / Nie (*)
- mam ustalone prawo do renty: Tak / Nie (*)

jeśli tak, podać od kiedy oraz numer decyzji ……..

- mam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: Tak / Nie (*)

jeśli tak, podać stopień niepełnosprawności …….

- posiadam inny tytuł/y do ubezpieczeń społecznych: Tak / Nie (*)

jeśli tak, podać jaki ……...……

jeśli tak, podać okres/y (od kiedy do kiedy) …….……...

jeśli tak, kwotę brutto wynosi: powyżej/poniżej(*) minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne: Tak / Nie (*)

jeśli tak, podać jaki ……...……...……

jeśli tak, podać okres/y (od kiedy do kiedy) …….…….……..

jeśli tak, kwota brutto wynosi: powyżej/poniżej(*) minimalnego wynagrodzenia za pracę.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

…….. ……..……

Data Podpis

(*) niepotrzebne skreślić