

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY**

- wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

NAZWISKO																				
IMIĘ, IMIONA																				
IMIONA RODZICÓW																				
DATA, MIEJSCE URODZENIA																				
NAZWISKO RODOWE																				
SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO																				
PESEL																				
TELEFON KONTAKTOWY																				
ADRES E-MAIL																				

**Adres zamieszkania**

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

**Adres do korespondencji (wypełnić tylko wtedy, gdy jest inny niż adres zamieszkania)**

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Miejscowość ..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

**Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)**

Nazwa i adres

**Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....

**Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:**

1. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

	FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
1				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określone zgodnie z obowiązującymi przepisami	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
---	---

2. Prowadzenie działalności gospodarczej

Prowadzę działalność gospodarczą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY**

- wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

3. Mam ustalone prawo do emerytury **Tak**  **Nie**

4. Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak**  **Nie**

5. Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia **Tak**  **Nie**

6. Jestem osobą bezrobotną **Tak**  **Nie**

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) ..... Z  
prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

\* *niepotrzebne skreślić*

7 Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników **Tak**  **Nie**

od dnia.....

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....

8. Nazwa banku oraz nr rachunku bankowego, na który będzie wypłacane wynagrodzenie:

.....  
.....  
.....

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić właściwą jednostkę organizacyjną : Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Sieradzu

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia

Dotyczy wypełnienia obowiązku wcześniejszego tytułu do ubezpieczeń społecznych przez osoby, które będą ubiegać się o wyznaczenie na 2025 rok . Powiatowy Lekarz Weterynarii w Sieradzu lek. wet. Leszek Przewłocki informuje, że wszystkie osoby, które będą ubiegać się o wyznaczenie na 2025 rok - są zobowiązane do złożenia nw. dokumentacji:

- 1. W przypadku gdy jedynym odrębnym tytułem do ubezpieczenia społecznego jest prowadzenie działalności gospodarczej na własne nazwisko:
  - aktualne zaświadczenie o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń wystawione przez oddział ZUS,
  - aktualne zaświadczenie wystawione przez oddział ZUS o niezaleganiu w opłaceniu składek,
  - aktualne oświadczenie dla celów podatkowych i ubezpieczenia zus/załącznik nr 2

Łącznie należy złożyć 3 dokumenty.

Uwaga: osoby prowadzące działalność na zasadach preferencyjnych nie będą wyznaczone w 2025 roku.

- 2. Dla osób zatrudnionych na umowę o pracę :
  - aktualne zaświadczenie od pracodawcy o otrzymywaniu wynagrodzenia brutto za m-c kalendarzowy, które stanowi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i fundusz pracy, na poziomie minimalnego wynagrodzenia za pracę , które od stycznia 2025 r. wynosić będzie 4666 zł. brutto.
  - aktualne oświadczenie dla celów podatkowych i ubezpieczenia zus/ załącznik nr 2

Łącznie należy złożyć 2 dokumenty.

Uwaga: osoby zatrudnione na podstawie umowy zlecenia nie będą wyznaczone w 2025 roku.

3. Informujemy, że od dnia 01 stycznia 2025 roku minimalne wynagrodzenie za pracę będzie wynosić 4666 zł brutto, dlatego też osoby zatrudnione na umowę o pracę są zobowiązane do 31 stycznia 2025 roku dostarczyć zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające podwyższenie wynagrodzenia od stycznia 2025 r.

Terminy i miejsce składania dokumentów :

Powyższe dokumenty należy przesłać lub złożyć do dnia 27 listopada 2024 r. do PIW w Sieradzu.

Brak dostarczenia powyższych dokumentów równoznaczne będzie z brakiem możliwości wyznaczenia na 2025 rok i z dniem 01 stycznia 2025 roku osoba, która nie wypełni powyższych obowiązków w wyznaczonym terminie, a jest wyznaczona w 2024 roku zostanie wyrejestrowana.

**UWAGA ! EMERYCI UBIEGAJĄCY SIĘ O WYZNACZENIE ŻEBY SPEŁNIĆ WARUNEK POSIADANIA WCZEŚNIEJSZEGO TYTUŁU DO UBEZPIECZEŃ MUSZĄ BYĆ ZATRUDNIENI NA UMOWĘ O PRACĘ / PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ NIE SPEŁNIA WARUNKU POSIADANIA WCZEŚNIEJSZEGO TYTUŁU DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH !**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR)

**Podpis Zleceniobiorcy**