## *FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY*

- **wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami**

**Załącznik nr 2**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 odział 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 ZAKLADU PRACY | CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI | CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa) |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | | | | **Tak □ Nie □** | **Tak □ Nie □** |
| **2** | | | | **Tak □ Nie □** | **Tak □ Nie □** |
| **3** | | | | **Tak □ Nie □** | **Tak □ Nie □** |

| | |
|---|---|
| **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 określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **Tak □ Nie □** |

**2. Prowadzenie działalności gospodarczej**

| | |
|---|---|
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | **Tak □ Nie □** |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).** | **Tak □ Nie □** |

**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 2027 rok .**
**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Sieradzu informuje, że wszystkie osoby, które będą ubiegać się o wyznaczenie na 2027 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 opłacaniu 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 wyznaczane w 2027 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 2027 r. wynosić będzie 4 950,00 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 wyznaczane w 2027 roku.**
**3. Informujemy, że od dnia 01 stycznia 2027 roku minimalne wynagrodzenie za pracę będzie wynosić 4 950,00 zł brutto, dlatego też osoby zatrudnione na umowę o pracę są zobowiązane do 31 stycznia 2027 roku dostarczyć zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające podwyższenie wynagrodzenia od stycznia 2027 r.**
**Terminy i miejsce składania dokumentów :**
**Powyższe dokumenty należy przesłać lub złożyć do dnia 27 listopada 2026 r. do PIW w Sieradzu.**
**Brak dostarczenia powyższych dokumentów równoznaczne będzie z brakiem możliwości wyznaczenia na 2027 rok i z dniem 01 stycznia 2027 roku osoba, która nie wypełni powyższych obowiązków w wyznaczonym terminie, a jest wyznaczona w 2026 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**