**Oświadczenie należy wypełnić czytelnie, wyłącznie drukowanymi literami.**

*Załącznik nr 2 do umowy*

Miejscowość, dnia ……………………………….....

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego

z tytułu wykonywania umowy zlecenia na 2020 rok

**Dane osobowe**

Nazwisko ……………………….……………………….. Imiona 1) ……………………………………. 2) …………………………………..…..….

Imię ojca ……………………………………….………… Imię matki ……………………………………………………..……………………….…...

Data urodzenia ……………………………………… Miejsce urodzenia ………………………………………………………………..……..

Nazwisko rodowe …………………………………………………………… Obywatelstwo ……………………………………………..…….

PESEL …………………………………………..………………………. NIP ………………………………………………………………….……………..…

**(proszę wskazać który numer identyfikacyjny umieszczać na deklaracji podatkowej**

**NIP – osoba prowadząca działalność gospodarczą**

**PESEL – osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej)**

**Adres zamieszkania**

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

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….……………………………………………….

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

**Adres zameldowania (gdy jest inny niż adres zamieszkania)**

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

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….……………………………………………….

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

**Adres do korespondencji (gdy jest inny niż adres zamieszkania)**

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

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….……………………………………………….

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

**Telefon kontaktowy**  …………………………………………………………………………………………………………………………

**Wynagrodzenie proszę przekazywać na konto**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Urząd Skarbowy (właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania)**

………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………
(nazwa i adres Urzędu Skarbowego)

**Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** ………………………………………………………………………………...

**Ja, niżej podpisana/y niniejszym oświadczam, że** (właściwe zaznaczyć X):

|  |
| --- |
|  |

1. Jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę (*punkt ten nie dotyczy osób mianowanych na stanowisko)* w :

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

 (dokładna nazwa i adres zakładu pracy)

Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

|  |
| --- |
|  |

 co najmniej minimalne wynagrodzenie (tj. 2600,00 zł miesięcznie),

|  |
| --- |
|  |

 mniej niż minimalne wynagrodzenie.

|  |
| --- |
|  |

2.Świadczę jednocześnie usługi na podstawie umowy zlecenia w …………………………….……………………

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

(dokładna nazwa i adres Zleceniodawcy)

Umowa zlecenia u innego Zleceniodawcy została zawarta w dniu ……….………………..…………………………

na okres od …………………………………………………………… do ……………………………………………………………………….……

Moje wynagrodzenie miesięczne z tytułu umowy zlecenia w kwocie brutto wynosi:

|  |
| --- |
|  |

 co najmniej minimalne wynagrodzenie (tj. 2600,00 zł miesięcznie),

|  |
| --- |
|  |

 mniej niż minimalne wynagrodzenie.

**WAŻNE** - w sytuacji gdy **nie zostanie** wypłacone wynagrodzenie miesięczne w wysokości co najmniej 2600 zł brutto z tytułu zawartej umowy zlecenia w miesiącu, w którym świadczono umowę, a nastąpi to w następnym miesiącu, prosimy o **bezzwłoczne** przesłanie na adres jola.suchwalko@ora-warszawa.com.pl informacji o braku płatności za umowę. W związku ze zmianą przepisów o ubezpieczeniu społecznym, może wystąpić obowiązek odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne przez Izbę Adwokacką w Warszawie.

W przypadku zaistnienia takiej sytuacji i niepoinformowaniu Izby Adwokackiej o braku płatności wynagrodzenia z tytułu zawartej umowy zlecenia lub nieprzekazaniu informacji o rozwiązaniu umowy zlecenia, Zleceniobiorca będzie zobowiązany do zwrotu i wpłaty na konto Izby Adwokackiej w Warszawie naliczonych i zapłaconych składek na ubezpieczenie społeczne wraz z odsetkami.

|  |
| --- |
|  |

3. Jestem już ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej:

 Proszę podać tytuł …………………………………………………………………..………………………………….……………………………

 Data ubezpieczenia …………………………………………………………………..……………………………………………………………..

i oświadczam, że miesięczna podstawa składek na ubezpieczenie społeczne opłacana z tytułu prowadzonej działalności jest:

|  |
| --- |
|  |

 nie niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w kraju ogłoszonego na dany rok kalendarzowy **(zasady ogólne)**

|  |
| --- |
|  |

nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia (**zasady preferencyjne)**

|  |
| --- |
|  |

4. Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w …………..

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

(adres Urzędu Pracy)

|  |
| --- |
|  |

1. Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y\* jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y

ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

|  |
| --- |
|  |

6. Jestem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

emerytem |

|  |
| --- |
|  |

rencistą  |

 Numer legitymacji ……………………………………………………………………………………………………….……………………………

|  |
| --- |
|  |

7. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień niepełnosprawności oraz datę do kiedy został orzeczony) ……….……………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
|  |

8.Osiągam przychód z tytułu pobierania wynagrodzenia na stanowisku:

sędziego )\*

prokuratora)\*

uposażenia sędziego w stanie spoczynku )\*

uposażenia prokuratora w stanie spoczynku )\*

)\* niepotrzebne skreślić

**W przypadku, gdy z tytułu zawartej umowy zlecenia podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym:**

wnoszę / nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

)\* niepotrzebne skreślić

**W przypadku, gdy z tytułu zawartej umowy zlecenia nie podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym:**

wnoszę / nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.

)\* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia (w terminie 7. dni od daty zaistnienia zmiany) oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Jednocześnie upoważniam Zleceniodawcę do przetwarzania moich danych osobowych w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych związanych z realizacją zawartej umowy.

 …………………………….…..…………………………..

 (data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)