

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY 2026

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO

IMIONA 1. 2.

NAZWISKO RODOWE

DATA URODZENIANR PESEL

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

ADRES ZAMELDOWANIA

GMINA/DZIELNICA WOJEWÓDZTWO.....

ULICA NR DOMU.....NR MIESZKANIA

KOD POCZTOWYMIEJSCOWOŚĆ/POCZTANR.TEL.....

NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO

NAZWA I ADRES ZUS/ KRUS/INNE*

ADRES DO KORESPONDENCJI/ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić, gdy jest inny niż adres zameldowania)

GMINA/DZIELNICA WOJEWÓDZTWO.....

ULICA NR DOMU.....NR MIESZKANIA

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ/POCZTA

OŚWIADCZAM, ŻE: proszę zaznaczyć w sposób czytelny (podkreślenie i pogrubienie lub znak (x) w odpowiednim kwadraciku) właściwą pozycję oświadczenia.

☐ jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem/am 26 roku życia – proszę dołączyć ksero aktualnej legitymacji nr.....

☐ NIE JESTEM NIGDZIE ZATRUDNIONY

☐ **jestem zatrudniony/a** gdzie indziej, z tego tytułu MOJE WYNAGRODZENIE BRUTTO (czyli podstawa składek społecznych) w danym miesiącu jest **MNIEJSZA/ RÓWNA/ WIEKSZA *** od kwoty **4 806,00zł brutto** (tj. minimalnego wynagrodzenia za pracę w roku 2026r)

☐ 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

☐ jestem emerytem/rencistą*

☐ posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:

lekko/ umiarkowanym/ znacznym*

NR ŚWIADCZENIA RENTOWEGO:

Nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Jestem/nie jestem zarejestrowany/a w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy

*** - proszę skreślić niepotrzebne**

NALEŻĘ DO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 01R | DOLNOŚLĄSKI O/NFZ WE WROCŁAWIU |
| ☐ 02R | KUJAWSKO-POMORSKI O/NFZ |
| ☐ 03R | LUBELSKI O/NFZ W LUBLINIE |
| ☐ 04R | LUBUSKI O/NFZ W ZIELONEJ GÓRZE |
| ☐ 05R | ŁÓDZKI O/NFZ W ŁÓDZI |
| ☐ 06R | MAŁOPOLSKI O/NFZ W KRAKOWIE |
| ☐ 07R | MAZOWIECKI O/NFZ W WARSZAWIE |
| ☐ 08R | OPOLSKI O/NFZ W OPOLU |
| ☐ 09R | PODKARPACKI O/NFZ W RZESZOWIE |
| ☐ 10R | PODLASKI O/NFZ W BIAŁYMSTOKU |
| ☐ 11R | POMORSKI O/NFZ W GDAŃSKU |
| ☐ 12R | ŚLĄSKI O/NFZ W KATOWICACH |
| ☐ 13R | ŚWIĘTOKRZYSKI O/NFZ W KIELCACH |
| ☐ 14R | WARMIŃSKO-MAZURSKI O/NFZ |
| ☐ 15R | WIELKOPOLSKI O/NFZ W POZNANIU |
| ☐ 16R | ZACHODNIOPOMORSKI O/NFZ |

☐ Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK (deklaracja o rezygnacji w załączeniu)

O każdej zaistniałej zmianie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić zleceniodawcę.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji „FAR”, ul. Ludwika Idzikowskiego 16, 00-710 Warszawa, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), w celu wykonania umowy zlecenia oraz w celu realizacji innych praw i obowiązków Zleceniodawcy wynikających z przepisów prawa związanych lub wynikających z treści łączącego strony stosunku cywilnoprawnego .

.....
Podpis Zleceniobiorcy

.....
data