

OŚWIADCZENIE

podatnika do obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych
(Ustawa z dn. 28.07.1991 r. Dz. U nr 80 poz. 350)
oraz dla celów ubezpieczenia społecznego
(Ustawa z dn. 13.10.1998 r. Dz. U nr 137, poz. 887 z późn. zm.)
oraz dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

NAZWISKO.....

NAZWISKO RODOWE.....

IMIONA 1. 2.

PESEL OBYWATELSTWO

IMIĘ OJCA..... IMIĘ MATKI.....

MIEJSCE URODZENIA..... DATA URODZENIA.....

PASZPORT - SERIA..... NR.....

(w przypadku cudzoziemców)

ADRES ZAMELDOWANIA: MIEJSCOWOŚĆ.....

UL..... NR DOMU..... NR MIESZKANIA.....

KOD POCZTOWY GMINA.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

URZĄD SKARBOWY W UL.....

NAZWA FUNDUSZU ZDROWIA.....

USTALONE PRAWO DO EMERYTURY (RENTY).....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....

PRYZNANY OD..... DO.....

Prosimy wypełnić TAK lub NIE, w przypadku zawierania z uczelnią umowy zlecenia:

OSIĄGAM DOCHODY RÓWNE lub PRZEKRACZAJĄCE MINIMALNE WYNAGRODZENIE.....

(tzn. mam co miesiąc opłacane składki ZUS od co najmniej minimalnego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę na pełnym etacie w innym zakładzie pracy

lub prowadzę działalność pozarolniczą i mam z tego tytułu opłacane składki od pełnej podstawy.....

Pracuję wyłącznie na umowie zlecenie (zleceniach) w innym zakładzie pracy.....

NIE JESTEM NIGDZIE ZATRUDNIONY I NIE OSIĄGAM DOCHODÓW W WYSOKOŚCI CO NAJMNIEJ MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA

oraz wnoszę o objęcie mnie dodatkowo dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.....

JESTEM STUDENTEM

(prosimy podać nazwę uczelni, rok studiów i przewidywany termin ich ukończenia)

Zobowiązuję się do informowania o zmianach w danych dot. zgłoszenia do ubezpieczeń (w Kwesturze, pok.3)

.....
data i podpis składającego oświadczenie

.....
data i podpis przyjmującego oświadczenie