załącznik nr 1 do umowy zlecenia nr…………………………………..………………………………….

(nr kolejny umowy/kod jednostki organizacyjnej UW/rok)

**OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZLECENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH   
I UBEZPIECZENIOWYCH DLA REZYDENTÓW POLSKI**

**DANE OSOBOWE PRZYJMUJĄCEGO ZLECENIE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwisko: ……………………………………..…… 2. Imię matki: …………………………………………  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  1. PESEL: | 1. Imię: …………………………….……………… 2. Imię ojca: ……………………...……………….. |
|  |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Miejscowość: .................................................................... | 2. Ulica: .............................................................................. |
| 3. Nr domu: .......................................................................... | 4. Nr mieszkania: ................................................................ |
| 5. Kod pocztowy: .................................................................. | 6. Poczta: ............................................................................ |

**ADRES ZAMIESZKANIA (do celów podatkowych):**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Miejscowość: .................................................................... | 2. Ulica: ................................................................................ |
| 3. Nr domu: .......................................................................... | 4. Nr mieszkania: ................................................................. |
| 5. Kod pocztowy: ................................................................. | 6. Poczta: .............................................................................. |

**POZOSTAŁE DANE:**

1. Oddział NFZ: ..................................................................................................................................................................
2. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego: …………………………….......................................

**OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZLECENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH:**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Jestem pracownikiem Uniwersytetu Warszawskiego zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub mianowania.
2. Przebywam na urlopie\*:

* **bezpłatnym**
* **macierzyńskim**
* **rodzicielskim**
* **wychowawczym**

w okresie od ………………… do ………………………………

1. Jestem zatrudniony poza Uniwersytetem Warszawskim: ......................................................................................................

(nazwa i adres pracodawcy, stanowisko)

w okresie od ………………………………….. do …………………………….…….. na podstawie umowy o pracę lub mianowania i osiągam z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto **niższej/równej lub wyższej**\* od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegającą składkom na ubezpieczenia społeczne.

1. Świadczę usługi w ramach umowy zlecenia: .......................................................................................................................

(nazwa i adres Dającego Zlecenie)

w okresie od ………………………………….. do …………………………….…….. i osiągam z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto **niższej/równej lub wyższej**\* od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegające składkom na ubezpieczenia społeczne.

1. Jestem osobą bezrobotną.
2. Jestem\*:

* **uczniem szkoły podstawowej/szkoły ponadpodstawowej**
* **studentem I, II stopnia lub jednolitych studiów magisterskich**

w wieku do 26 lat. Do oświadczenia załączam zaświadczenie potwierdzające status **ucznia/studenta**\*.

1. Jestem uczestnikiem studiów doktoranckich.
2. Jestem\*:

* **emerytem**
* **rencistą**

1. Prowadzę działalność gospodarczą i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne na warunkach\*:

* **ogólnych**
* **preferencyjnych**

Oświadczam, że przedmiot umowy\*:

* **wchodzi**
* **nie wchodzi**

w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.

Za prace objęte umową wystawię rachunek/fakturę VAT\*:

* **tak**
* **nie**

Wypełnić w przypadku złożenia oświadczenia w punkcie 2-9:

1. **Wnioskuję/nie wnioskuję\*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
2. **Wnioskuję/nie wnioskuję\*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym.
3. **Posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym\* na okres od ……………….……… do …………..…………….

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

Zobowiązuję się poinformować Dającego Zlecenie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem ,,Aktualizacja” i uzupełnieniem tej części oświadczenia, która uległa zmianie, wraz ze wskazaniem daty w której nastąpiła zmiana danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. Odpowiedzialność karna skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje koszty finansowe dla Uniwersytetu Warszawskiego, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości z własnych środków.

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

data i czytelny podpis Przyjmującego Zlecenie

\* Właściwe zaznaczyć