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: …………………….……………………..3. Imię ojca: ……………………………………………5. PESEL: ………………………………………….…..  | 2. Imię: ………….........…………………………………4. Imię matki: ……………...…………...………………. |
|  |  |

**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 ………………………… - ………………….……………………………………….~~

 ~~(nazwa i adres pracodawcy)~~

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. ~~Nie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę i nie zawarłem umowy cywilnoprawnej, z której wynika obowiązek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.~~
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. ~~Kształcę się\*:~~

~~☐ na studiach doktoranckich, a przewód doktorski został wszczęty przed 30.04.2019 r.~~

~~☐ w szkole doktorskiej i osiągam z tego tytułu stypendium doktoranckie miesięcznie w kwocie brutto~~ **~~niższej/równej lub wyższej\*~~** ~~od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegające składkom na ubezpieczenie społeczne.~~

1. ~~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~~.

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