**Oświadczenie Zleceniobiorcy**

1. **Dane osobowe**

Nazwisko…………………………………………………..…Imiona ……………………………………………………..

Imiona Rodziców …………………………………………..Data urodzenia ………………………………………….

Miejsce urodzenia ……………………………..………..…Nazwisko Rodowe ……………………………………….

Obywatelstwo …………………………………………….PESEL …………………………………………………….

Seria i nr dowodu osobistego ……………………………..Nr. telefonu……………………………….………………

Adres e-mail ……………………………………..…………………….

1. **Adres zamieszkania**

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

Gmina …………………………………………………. Ulica ……………..………………………..…………………

Nr domu ………………………………………………..Nr mieszkania ………………….……………………………

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

Poczta ………………………………………………….

1. **Adres do korespondencji** (gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

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

Gmina …………………………………………..………. Ulica ……………………….………………………………

Nr domu ………………………………………………..Nr mieszkania ………………………………………….……

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

Poczta ………………………………………………….

1. **Urząd Skarbowy** (właściwy do przekazywania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczek na podatek dochodowy PIT-11

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia …………………………………………………………

Jestem\* emerytem □tak □nie

 rencistą □tak □nie

\*właściwe należy zaznaczyć wstawiając X

Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności…………………………………………………………………….

1. **Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej:

Oświadczam, że jestem objęty/-a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)

□ stosunku pracy;

□ członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych;

□ stosunku służby w WP, Policji, SG, PSW, SW, SC;

□ wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniobiorcy;

□ prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko;

□ wykonywania pracy nakładczej

□ z innego tytułu (określić tytuł) ………………………………………………………………..

Równocześnie oświadczam, iż osiągam dochody miesięczne nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie za pracę od których odprowadzanie są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (minimalne wynagrodzenie w 2020 roku wynosi 2600,00 zł)

1. **Numer rachunku bankowego**

………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dane dotyczące zakładu leczniczego w ramach którego będzie podpisana umowa**

Nazwa zakładu……………………………………………………………………………………………………….

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

Gmina ………………………………………………….Ulica ………………………………………………………

Nr ………………………………………………..Miejscowość…………………………….……………………

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

NIP ……………………………………………REGON ………………………………………..…………..……

Numer rachunku bankowego zakładu leczniczego

………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuje się do poinformowania Powiatowego Lekarza Weterynarii w Grójcu o każdej zmianie w zakresie ww. informacji.

………………………………………….

 (data i podpis zleceniobiorcy)

………............................

(miejscowość, data)

……………………………………..

……………………………………..

……………………………………..

……………………………………..

 (imię i nazwisko, adres)

**Powiatowy Lekarz Weterynarii**

**w Grójcu**

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany………………………………………………………………………………………………….

zam.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………….……………………………………

legitymujący się dowodem osobistym (seria i numer) ……………………………………………………… oświadczam że: koszty używania samochodu osobowego o numerze rejestracyjnym ………………………….do wykonywania zadań z wyznaczenia Powiatowego Lekarza Weterynarii w Grójcu na ………… rok zaliczam / nie zaliczam\* do kosztów uzyskania przychodu.

W związku z powyższym, proszę potrącać / nie potrącać\* podatku dochodowego oraz składki zdrowotnej z ww. kosztów.

 ……………………………………….

(podpis)

\*niepotrzebne skreślić