*Załącznik Nr 5 do SIWZ*

# OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DLA CELÓW PODATKOWYCH

**Dotyczy umowy nr ……..**

1. **Dane osobowe:**

Nazwisko .....Imię .....
Imię ojca .....Imię matki .....
Miejsce urodzenia .....Data urodzenia .....
Nr PESEL .....NIP .....
Dowód osobisty Seria…….Nr ……...

2. **Adres zamieszkania**

Ulica .....Nr domu .....Nr mieszkania .....
Kod pocztowy .....Miejscowość……
Województwo……Powiat…….Gmina……

3. **Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy)**

Nazwa i adres.....

**4**.Numer osobistego rachunku bankowego

…….

**5.** Oświadczam, że w momencie rozpoczęcia realizacji umowy zlecenia nr …… zawartej w dniu ……..jestem:

- ☐ Pracownikiem z wynagrodzeniem powyżej minimalnego wynagrodzenia
- ☐ Pracownikiem z wynagrodzeniem poniżej minimalnego wynagrodzenia
- ☐ Studentem i nie mam ukończonego 26 roku życia – nr legitymacji……
- ☐ Emerytem/rencistą*
- ☐ Emerytem/rencistą* zatrudnionym na podstawie umowy o pracę
- ☐ Emerytem/rencistą* zatrudnionym na podstawie umowy zlecenia, od której są odprowadzane składki na ubezpieczenia społeczne
- ☐ Zleceniobiorcą na podstawie umowy zlecenia zawartej na okres od…… do……, od której są odprowadzane składki na ubezpieczenia społeczne

*niepotrzebne skreślić



Projekt **„Program rozwoju kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Iwoniczu”**
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
Priorytet nr IX, Działanie 9.2 „POKL Podniesienie atrakcyjności i jakości szkolnictwa zawodowego”

☐ Wykonuję wolny zawód i opłacam za siebie składki ZUS

☐ Wykonuję wolny zawód i nie opłacam za siebie składek ZUS

☐ Bezrobotny

☐ Posiadam/nie posiadam* orzeczenie o niepełnosprawności.

☐ Wnoszę/nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

z tytułu przedmiotowej umowy zlecenia;

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno-skarbowa za podanie niezgodnych z prawdą danych jest mi znana. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Zleceniobiorcy o wszelkich zmianach stanu faktycznego objętego niniejszym oświadczeniem, w terminie 5 dni od zaistnienia tych zmian. Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celach podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych przez zleceniodawcę zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.)

…….. ……..

Data czytelny podpis Zleceniobiorcy

*niepotrzebne skreślić



Projekt **„Program rozwoju kształcenia zawodowego w Zespole Szkół w Iwoniczu”**
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
Priorytet nr IX, Działanie 9.2 „POKL Podniesienie atrakcyjności i jakości szkolnictwa zawodowego”