

## 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.....

PRZYZNANY 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 NAJMNIJ 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

