

Nazwisko .....Imiona .....

Nazwisko rodowe .....Imiona rodziców .....

PESEL ..... NIP .....Seria i numer dowodu osobistego.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania (z kodem) .....

Nr. Telefonu ..... E-mail .....

Urząd skarbowy .....

Nr. rachunku bankowego .....

Czy zatrudniony w innym zakładzie pracy na podstawie umowy o prace? TAK / NIE

Podstawa wymiaru składek ze stosunku pracy przekracza minimalne wynagrodzenie za prace? TAK / NIE

Czy zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowy zlecenie/dzielo z pełnymi składkami ZUS? TAK / NIE

Podstawa wymiaru składek z umów zlecenia/dzielo przekracza minimalne wynagrodzenie za prace? TAK / NIE

Czy prowadzi działalność gospodarczą ? TAK / NIE

Czy składki z działalności opłacane są na preferencyjnych warunkach tzw. Obniżony ZUS na okres 2 lat? TAK / NIE

Czy student do 26 r.ż. ? TAK / NIE      Emerytura z ZUS ? TAK / NIE      Renta z ZUS ? TAK / NIE

Czy pobierać z wynagrodzenia składkę na ubezpieczenie chorobowe ? TAK / NIE

Czy przebywa na urlopie macierzyńskim / wychowawczym ? TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę podać od kiedy do kiedy : .....

Czy zgłasza do ubezpieczenia członków rodziny ? TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę podać imiona, nazwiska, numer PESEL i adres zamieszkania :

.....

.....

**Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności na podstawie Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych która nakłada na mnie bezzwłoczny obowiązek informowania pracodawcy o zaistnieniu zmian wpływających na formę zgłoszenia i rozliczenia wynagrodzenia.**

**Oświadczam, że zobowiązuję się do poinformowania pracodawcy o okolicznościach powodujących konieczność dokonania zgłoszenia/wyrejestrowania członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od zaistnienia tych okoliczności.**

.....

(podpis i data)