

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA ZLECENIOBIORCY/WYKONAWCY PRZYJMUJĄCEGO DO WYKONANIA UMOWĘ ZLECENIE/ UMOWĘ O WSPÓŁPRACĘ

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Obywatelstwo
4. Numer PESEL
5. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji):
 Ulica.....Nr lokalu.....
 Miejscowość.....Kod pocztowy.....
 GminaPowiat.....
6. Numer telefonu.....
7. Adres email:

8. OŚWIADCZENIA ZLECENIOBIORCY (dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej)

Jako Zleceniobiorca oświadczam, że:

- a) jestem/nie jestem*) zatrudniony na podstawie umowy o pracę u innego podmiotu,
 wykonuję/nie wykonuję* umowę zlecenie na rzecz innego podmiotu
- b) jestem/nie jestem*) zatrudniony na podstawie umowy o pracę w Zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie
- c) wykonuję/nie wykonuję* umowę zlecenia na rzecz Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie

Jeżeli jestem zatrudniony to podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe

WYNOSI / NIE WYNOSI* co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę

Miejsce pracy

Stanowisko pracy

c) przebywam/nie przebywam* na urlopie bezpłatnym (dotyczy osób zatrudnionych na umowę o pracę)

d) jestem/nie jestem* uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem*

Jeżeli tak, załączam aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o statusie studenta/ucznia

e) pobieram/nie pobieram* emeryturę/rentę*

f) posiadam/nie posiadam* orzeczenie(a) o stopniu niepełnosprawności (właściwe podkreślić

jeśli dotyczy) • stopień lekki • stopień umiarkowany • stopień znaczny

g) wnoszę/nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (tylko w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego)

h) wskazuje właściwy mi miejscowo oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Śląski (np. śląski)

.....

i) Urząd Skarbowy właściwy dla wskazanego miejsca zamieszkania, gdzie Zleceniobiorca

dokonyuje rozliczeń podatkowych.....

9. Wyrażam zgodę na przekazywanie całości mojego wynagrodzenia na moje konto osobiste

Pełny nr rachunku:

10. Przekazywanie PIT-11

☐ Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie PIT-11 drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie poniżej adres e-mailowy (wypełnić drukowanymi literami):

.....

☐ Nie wyrażam zgody na przekazywanie przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie PIT-11 drogą elektroniczną. Proszę o wydawanie PIT-11 do rąk własnych / wysłanie listem poleconym.

11. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)

Nazwa podmiotu.....

NIP.....

Podmiot **posiada / nie posiada*** we wpisie do ewidencji działalności gospodarczej nr **PKD 88.10 Z** Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych

12. Oświadczenia Zleceniobiorcy / Wykonawcy

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuje się powiadomić Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie na piśmie w terminie max. 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian na formularzu „*Zmiana danych osobowych w kwestionariuszu osobowym*”.

Oświadczam, że w przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek do ZUS zobowiązuje się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Data wypełnienia informacji

Czytelny podpis osoby składającej kwestionariusz

* niepotrzebne skreślić