

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

NAZWISKO:		IMIĘ:	
PESEL:		NIP:	
ADRES:			

Oświadczenie niniejsze jest integralną częścią umowy- zlecenia współpracy dotyczącej świadczenia usług na rzecz Firmy Ochrony Szkolenia Asekuracji FOSA Sp. z o.o. i wiąże strony w czasie jej obowiązywania. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej, skarbowej i cywilnej za złożenie nieprawdziwych oświadczeń. Zobowiązuję się do powiadomienia Firmy Ochrony Szkolenia Asekuracji FOSA Sp. z o. o. w przypadku zmiany danych **w terminie 3 dni** od daty zaistnienia zmiany. Za skutki nie poinformowania zakładu o wszelkich zmianach dotyczących obowiązku ubezpieczeń ponoszę odpowiedzialność i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych różnic w składkach wraz z odsetkami.

„CZĘŚĆ A” – WYPEŁNIAJĄ OSOBY PRACUJĄCE NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ POZA FIRMĄ „FOSA”.

PRACUJĘ W W WYMIARZE ETATU
(PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES ZAKŁADU PRACY) (PROSZĘ PODAĆ WYMIAR ETATU)

MOJE WYNAGRODZENIE BRUTTO JEST (PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEŹ)

- WIĘKSZE LUB RÓWNE **1386 ZŁ**
- MNIEJSZE NIŻ **1386 ZŁ** I WYNOŚI DOKŁADNIE

UWAGA! NALEŻY DONIEŚĆ ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU Z ZAKŁADU PRACY Z PODANIEM WYMIARU CZASU PRACY.

„CZĘŚĆ B” – WYPEŁNIAJĄ OSOBY PRACUJĄCE NA PODSTAWIE UMOWY ZLECENIA POZA FIRMĄ „FOSA”.

PRACUJĘ W
(PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES ZAKŁADU PRACY)

OD MOJEGO WYNAGRODZENIA SĄ ODPROWADZANE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE (PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEŹ)

- TAK
- NIE

UWAGA! JEŻELI ZAZNACZONO ODPOWIEŹ „TAK” NALEŻY DONIEŚĆ ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU Z ZAKŁADU PRACY LUB RACHUNEK Z UMOWY ZLECENIA ZA OSTATNI MIESIĄC.

„CZĘŚĆ C” – WYPEŁNIAJĄ UCZNIOWIE I STUDENCI

UCZĘ SIĘ/STUDIUJĘ W / NA TERMIN UKOŃCZENIA/OBRONY
(PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES SZKOŁY/ UCZELNI) (DOKŁADNA DATA)

UWAGA! DO OŚWIADCZENIA NALEŻY DONIEŚĆ AKTUALNE ZAŚWIADCZENIE ZE SZKOŁY LUB WAŻNĄ LEGITYMACJĘ SZKOLNĄ. STUDENCI MUSZĄ POINFORMOWAĆ FIRMĘ „FOSA” O DACIE OBRONY!

„CZĘŚĆ D” – WYPEŁNIAJĄ OSOBY BEZROBOTNE

JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ (PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEŹ)

- TAK
- NIE

„CZĘŚĆ E” – WYPEŁNIAJĄ WSZYSTCY

CHCĘ PODLEGAĆ DOBROWOLNEJ SKŁADCE NA UBEZPIECZENIE CHOROBY
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEŹ)

- TAK
- NIE

POBIERAM EMERYTURĘ / RENTĘ / LUB RENTĘ RODZINNĄ/ ŚWIADCZENIE PRZEDEMERYTALNE
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEŹ)

- TAK, NUMER EMERYTURY / RENTY/ŚWIADCZENIA.....
- NIE

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

OSOBY PRACUJĄCE POZA „FOSA”

OSOBY PRACUJĄCE POZA „FOSA”