

Oświadczenie osoby nie będącej pracownikiem UAM (drukować obustronnie)

Załącznik do umowy nr z dnia

A. Dane identyfikacyjne Zleceniobiorcy / Przyjmującego / Autora : *

| | | | |
|----------|------|-------|----------------|
| Nazwisko | imię | Pesel | Data urodzenia |
| | | | |

Dla celów podatkowych posługuję się numerem NIP: _____, gdyż – właściwe podkreślić:

- a) prowadzę działalność gospodarczą (jestem zarejestrowany w ewidencji działalności gospodarczej);
- b) jestem zarejestrowany jako podatnik VAT (np. prywatnie sprzedaję nieruchomości);
- c) jestem płatnikiem podatków lub składek ZUS – tj. odprowadzam za inne osoby składki ZUS bądź podatek (np. za opiekunkę).

Powyższe dane są niezbędne dla ustalenia właściwego identyfikatora podatkowego – zgodnie z art. 11, ust. 3 ustawy o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz. U. z 2004r. nr 269, poz. 2681 z późn. zm.)

B. Dane ewidencyjne: *

| | | | |
|-------------|-----------------|--------------|---------------------|
| Imię drugie | Nazwisko rodowe | Obywatelstwo | Płeć |
| | | | Kobieta / Mężczyzna |

C. Dane adresowe: *

a) Adres zameldowania na pobyt stały - zgodnie z wpisem w dowodzie osobistym

| | | | |
|-------------|-----------------|---------|-----------|
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

b) Adres zamieszkania – zgłoszony do urzędu skarbowego wskazanego poniżej, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

| | | | |
|-------------|-----------------|---------|-----------|
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

c) Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania oraz dane do kontaktu

| | | | |
|-----------------|-----------------|---------|-----------|
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |
| Tel. kontaktowy | Adres e-mail | | |

d) Urząd Skarbowy właściwy według miejsca zamieszkania – zgodnie z pkt. b) powyżej :

.....
.....

D. Dane do objęcia ubezpieczeniami z tytułu niniejszej umowy – proszę wybrać właściwy stan faktyczny:

- 1. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej / studentem / doktorantem i nie jestem nigdzie zatrudniony na podstawie umowy o pracę, zlecenia, staż itp.;
- 2. Jestem emerytem / rencistą;

3. Prowadzę własną działalność gospodarczą:

- umowa będzie wykonywana w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (art. 15, ust. 3, pkt 3 ustawy o podatku od towarów i usług) oraz zgodnie z art. 41, ust. 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych zaliczkę na podatek odprowadzę samodzielnie;
- z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegam obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu od deklarowanej kwoty nie niższej niż minimalne wynagrodzenie;

4. Jestem zatrudniona (-y) poza UAM*

.....
podać nazwę pracodawcy

na podstawie umowy o pracę w wymiarze etatu oraz osiągam wynagrodzenie brutto w kwocie : *odpowiednio
wypełnić

| wyższej od minimalnego wynagrodzenia | niższej od minimalnego wynagrodzenia |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Potwierdzenie Pracodawcy | Potwierdzenie Pracodawcy |

5. Nie zachodzi żadna z sytuacji podanych w punktach 1 – 4 powyżej, a umowa zlecenia zawarta przeze mnie z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu jest :

- a) jest jedyną zawartą przeze mnie umową zlecenia;
- b) nie jest jedyną zawartą przeze mnie umową zlecenia i wnoszę o objęcie niniejszej umowy dobrowolnymi składkami na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne;
- c) nie jest jedyną zawartą przeze mnie umową zlecenia, oświadczam, że z tytułu umowy zlecenia zawartej z
....., na okres od dnia
do dnia, odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne, i wnoszę o nie obejmowanie niniejszej umowy dobrowolnymi składkami na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.

6. Inne :

.....
.....

Oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

data i podpis *

W przypadku zmiany jakichkolwiek danych wskazanych powyżej, w szczególności dotyczących :

- utraty statusu ucznia, studenta, doktoranta, rencisty;
- zamknięcia lub zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej;
- nieodprowadzania obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne w pełnej wysokości (np. z uwagi na okresy chorobowe);
- zmiany wymiaru pracy lub wysokości otrzymywanego wynagrodzenia;

zobowiązuję się do poinformowania o tym właściwego pracownika Działu Płac i Stypendiów UAM, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych od daty zaistnienia zmiany danych.

W przypadku nie poinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

.....*

data i podpis