

Załącznik nr 2

do Procedury Powiatowego Lekarza w Pszczynie wyznaczenia lekarzy weterynarii i osób personelu pomocniczego niebędących pracownikami Inspekcji Weterynaryjnej do czynności, o których mowa w art. 16 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej

Oświadczenie do umowy na rok.

1. Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1..... 2.

2. Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-8B)

Nazwa i adres

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

5.2. Jestem: emerytem ☐ tak ☐ nie

rencistą ☐ tak ☐ nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ☐ tak ☐ nie

Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

6.1 Oświadczam, że przychód z tytułu umowy wyznaczenia do wykonywania czynności zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (**powoduje/nie powoduje**) powstanie obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne.

6.2. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

☐ Stosunku pracy

☐ Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

☐ Stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, SC

☐ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy

☐ Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

☐ Wykonywania pracy nakładczej

☐ Z innego tytułu (określić tytuł)

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest.....

(wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa)

od kwoty wynagrodzenia minimalnego.

6.3. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)
Oświadczam, iż jestem studentem/ucznem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

6.4. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)
Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu.

7. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ (niewłaściwe przekreślić) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy.

8. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego

WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ (niewłaściwe przekreślić) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym.

9. Oświadczenie o opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne

Oświadczam, że przez cały okres obowiązywania decyzji o wyznaczeniu na rok oraz umowy dotyczącej tego wyznaczenia:

- a) w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej będę opłacał składki na ubezpieczenie społeczne w kwocie odpowiadającej podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne dla pensji minimalnej przez cały okres obowiązywania ww. decyzji i umowy, także w przypadku choroby (w ww. okresie nie będę obniżał podstawy wymiaru składek);
- b) w przypadku zmiany podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w ramach umowy o pracę, zlecenie lub innej podstawy nie związanej z inspekcją weterynaryjną niezwłocznie poinformuję o tym inspekcję oraz samodzielnie (np. w razam prowadzonej działalności gospodarczej) będę opłacał składki na ubezpieczenie społeczne w kwocie odpowiadającej podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne dla pensji minimalnej przez cały okres obowiązywania ww. decyzji i umowy, także w przypadku choroby (w ww. okresie nie będę obniżał podstawy wymiaru składek).

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pszczynie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pszczynie do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami

.....
(data i czytelny podpis)