

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY
do celów podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych**

- Dane osobowe:
 1. Nazwisko:
 2. Imiona:
 3. Nazwisko rodowe:
 4. Obywatelstwo:
 5. Data urodzenia:
 6. Miejsce urodzenia:
 7. imiona rodziców:
 8. PESEL:
 9. Dowód osobisty:
 - nr dowodu osobistego :
 - wydany przez:
 - wydany dnia:
 10. Adres zamieszkania:
.....
 11. Urząd Skarbowy właściwy do rozliczeń podatku:
 12. Numer telefonu kontaktowego
- Wyżej wymienione dane osobowe są objęte ochroną prawną na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.nr 101, poz. 926 z 2002r., ze zm.). Niniejszym upoważniam Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckiem do przetwarzania moich danych osobowych, obecnie i w przyszłości, w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych związanych z realizacją zawartej umowy.
- Oświadczam, że jestem emerytką i nie jestem zatrudniona na umowę o pracę lub inną umowę cywilnoprawną u innego pracodawcy.
- Wnoszę o ubezpieczenie społeczne z tytułu zawartej umowy – zlecenia..

Niniejsze oświadczenie złożone jest Szpitalowi Ogólnemu w Wysokim Mazowieckiem w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że powyższe dane wypełniłam zgodnie z prawdą i świadoma jestem odpowiedzialności karnej (art. 247 kodeksu karnego) za podanie nieprawidłowych danych.

Wysokie Mazowieckie, dnia roku

.....
(własnoręczny podpis zleceniobiorcy)