ZAŁĄCZNIK nr 1
do umowy zlecenia Nr …/2018
z dnia …….. roku

**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 Wysokiem 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 Wysokiem 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)