

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DLA CELÓW PODATKOWYCH (US) ORAZ UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO I ZDROWOTNEGO (ZUS)

Dotyczy umowy nr:	z dnia:
za okres od dnia:	do dnia:

ZAWARTEJ W WYDZIALE/BIURZE/KANCELARII.....

A. DANE IDENTYFIKACYJNE WYKONAWCY

A. 1 DANE IDENTYFIKACYJNE WYKONAWCY

1. PESEL	2. NIP (osoby prowadzące działalność gospodarczą,cudzoziemcy)
3. Nazwisko	4. Imię
5. Data urodzenia	6. Miejsce urodzenia
7. Urząd Skarbowy (właściwy wg. miejsca zamieszkania)	8. Oddział NFZ
9. Nazwa banku i numer rachunku:	

A. 2 ADRES ZAMIESZKANIA

1. Kraj	2. Województwo	3. Powiat	
4. Gmina	5. Ulica	6. Nr domu	7. Nr lokalu
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy	10. Poczta	

A. 3 ADRES DO KORESPONDENCJI/ W PRZYPADKU GDY JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA/

1. Kraj	2. Województwo	3. Powiat	
4. Gmina	5. Ulica	6. Nr domu	7. Nr lokalu
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy	10. Poczta	

A. 4 OŚWIADCZENIE WYKONAWCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Wstaw "X" w odpowiedniej kratce

Oświadczam, iż zawarta umowa cywilnoprawna nie wchodzi w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, iż zawarta umowa cywilnoprawna wchodzi w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>

B. USTALENIE OBOWIĄZKU PODLEGANIA UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU I ZDROWOTNEMU

B. 1 UCZEŃ LUB STUDENT

Wstaw "X" w odpowiedniej kratce

Jestem uczniem W załączeniu należy przedłożyć zaświadczenie ze szkoły	<input type="checkbox"/>
Jestem studentem w wieku do 26 lat W załączeniu należy przedłożyć zaświadczenie z uczelni	<input type="checkbox"/>

Jestem pracownikiem Urzędu Miasta Krakowa (zatrudnionym na podstawie umowy o pracę)		
proszę podać jakiej komórki organizacyjnej (skrót)		
Nie jestem pracownikiem Urzędu Miasta Krakowa		

B. 3 INNY WYKONAWCA

Wstaw "X" w odpowiedniej kratce

B.3.1	Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę i otrzymuję:	
	wynagrodzenie brutto powyżej lub równe kwocie minimalnego wynagrodzenia	
	wynagrodzenie brutto poniżej kwoty minimalnego wynagrodzenia	
	Nazwa i adres zakładu pracy.....	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.3.2	Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na podstawie umowy zlecenie i otrzymuję:	
	wynagrodzenie brutto powyżej lub równe kwocie minimalnego wynagrodzenia	
	wynagrodzenie brutto poniżej kwoty minimalnego wynagrodzenia	
	Nazwa i adres zakładu pracy.....	
	Umowa zlecenie zawarta na okres od.....do.....	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.3.3	Prowadzę działalność gospodarczą:	
	na zasadach ogólnych i z tego tyt. odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne (60% -przeciętnego wynagrodzenia)	
	na zasadach preferencyjnych i z tego tyt. odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne (30%- minimalnego wynagrodzenia)	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.3.4	Pobieram zasiłek macierzyński/ rodzicielski	
	Przebywam na urlopie wychowawczym	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.3.5	Przebywam na urlopie bezpłatnym	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.3.6	Jestem osobą bezrobotną	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.3.7	Jestem osobą objętą odrębnymi przepisami w zakresie ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (wymienić z jakiego tytułu np. sędzia)	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B. 4 EMERYT/RENCISTA

Wstaw "X" w odpowiedniej kratce

EMERYT		RENCISTA	
--------	--	----------	--

B.4.1	Poza prawem do emerytury lub renty nie posiadam innych tytułów do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.4.2	Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę i otrzymuję:	
	wynagrodzenie brutto powyżej lub równe kwoty minimalnego wynagrodzenia	
	wynagrodzenie brutto poniżej kwoty minimalnego wynagrodzenia	
	Nazwa i adres zakładu pracy.....	
	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.4.3	Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na podstawie umowy zlecenie i otrzymuję:	
	wynagrodzenie brutto powyżej lub równe kwoty minimalnego wynagrodzenia	
	wynagrodzenie brutto poniżej kwoty minimalnego wynagrodzenia	
	Nazwa i adres zakładu pracy.....	
	
	Umowa zlecenie zawarta na okres od.....do.....	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

B.4.5	Prowadzę działalność gospodarczą:	
	na zasadach ogólnych i z tego tyt. odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne (60% -przeciętnego wynagrodzenia)	
	na zasadach preferencyjnych i z tego tyt. odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne (30%- minimalnego wynagrodzenia)	
	wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	
	nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym	

W przypadku zmiany danych zawartych w przedkładanym oświadczeniu, zobowiązuję się o zaistniałym fakcie poinformować Wydział Finansowy w terminie do 3 dni.

C. OŚWIADCZENIE TWÓRCY/WSPÓŁTWÓRCY UTWORU

Jako twórca/współtwórca utworu w rozumieniu ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawach autorskich i prawach pokrewnych, powstałego w wyniku realizacji niniejszej umowy (lub artysta wykonawca) oświadczam, że posiadam prawa autorskie lub prawa pokrewne i rozporządzam tymi prawami. W związku z powyższym, w zakresie tej części wynagrodzenia, które stanowi honorarium za przeniesienie majątkowych praw autorskich (lub udzielenie licencji), w oparciu o art. 22 ust.9, pkt. 3 ust.

z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym osób fizycznych, przy ustaleniu zaliczek na podatek dochodowy proszę przyjąć koszty uzyskania przychodu w wysokości:

0% - w stosunku do tej części uzyskanego przychodu		Kwota wynagrodzenia	
50% *- w stosunku do tej części uzyskanego przychodu		Kwota wynagrodzenia	

* wypełnia się poniższe dane wyłącznie w przypadku zaznaczenia potrącenie 50 % kosztów uzyskania przychodów

Oświadczam, że przychody, o których mowa w pkt. C osiągam z działalności, o której mowa w art. 22 ust. 9b pkt..... ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, tj.

działalności.....
(proszę uzupełnić podstawę prawną, tj. odpowiedni punkt od 1 do 8 art.. 22 ust. 9b, wraz z podaniem konkretnego rodzaju realizacji działalności, wskazanej w tym przepisie)

(Zgodnie z art. 22 ust. 9a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych w roku podatkowym łączne 50% koszty uzyskania przychodów z tytułu praw autorskich **nie mogą przekroczyć** kwoty stanowiącej górną granicę pierwszego podziału skali podatkowej, której mowa w art. 27 ust. 1 teŹ ustawy. Zgodnie zaŹ z art.22 ust. 9aa ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, w przypadku zastosowania zwolnienia, o którym mowa w art. 21 ust. 1 pkt.148 (tzw. "ulga dla młodych"), suma łącznych kosztów uzyskania przychodów, o których mowa w ust. 9 pkt. 1-3 (50%), oraz przychodów zwolnionych od podatku na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 148 nie moŹe w roku podatkowym przekroczyć kwoty stanowiącej górną granicę pierwszego podziału skali podatkowej, o której mowa w art. 27 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych).

D. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej/skarbowej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oraz za podatek niepobraný przez płatnika z winy podatnika (art. 30 par. 5 Ordynacji podatkowej).

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 1-4 ustawy z dnia 13 października 1995 roku o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników moim identyfikatorem podatkowym jest**

PESEL.....lub NIP.....

** Uwaga: Należy podać tylko jeden identyfikator tj. PESEL albo NIP (NIP podaje się wyłącznie w przypadku, gdy podatnik):

a) prowadzi / lub prowadził w danym roku podatkowym/ działalność gospodarczą bez względu na formę opodatkowania, w tym działalność zawieszona

b) jest / lub był w danym roku podatkowym/ zarejestrowanym podatnikiem od towarów i usług

c) jest / lub był w danym roku podatkowym/ płatnikiem podatków, płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne jak i zdrowotne.

Jednocześnie zobowiązuję się, iż najpóźniej do **31 grudnia danego roku** podatkowego zawiadomię mego obecnego lub byłego pracodawcę lub zleceniodawcę o **zmianie mojego identyfikatora podatkowego/**

np. z PESEL na NIP w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej lub jeżeli podatnik zostanie zarejestrowanym podatnikiem VAT po dacie złożenia niniejszego oświadczenia/.

Dane powyŹsze podałem(łam) zgodnie z prawdą i **jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

E. DATA I PODPIS WYKONAWCY

Miejscowość i data.....

.....

Pieczęć i podpis przyjmującego oświadczenie

.....

podpis składającego oświadczenie