

**OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY / WYKONAWCY\***  
dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych  
**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**DANE IDENTYFIKACYJNE**

Nazwisko: .....

Imię: ..... Drugie imię: .....

PESEL:                                                             NIP:                -                                     
*podać w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej*

Data ur.: .....

Nr telefonu: ..... Adres mail: .....

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Województwo: ..... Gmina: .....

Powiat: ..... Miejscowość: .....

Kod:           -                     Poczta: .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr m.: .....

**POZOSTAŁE DANE**

Urząd skarbowy: .....

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ: .....

Identyfikator w Urzędzie Skarbowym: PESEL/ NIP\*

Obywatelstwo: ..... Nr i kraj wydania paszportu: .....  
*(wypełnia cudzoziemiec w przypadku braku nr PESEL)*

Nr konta:                                                                                          

| WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ZAWARCIA<br>UMOWY ZLECENIA/UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUG* |  | TAK  | NIE  |
|--|--|--|--|
| 1.   | Jestem pracownikiem AWF Katowice zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub równorzędnym.<br><u>jeśli TAK</u> wypełnić poniżej:<br>przebywam na urlopie <b>bezpłatnym/związanym z rodzicielstwem/wychowawczym*</b>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 2.   | Jestem zatrudniony (poza AWF Katowice) na podstawie <b>umowy o pracę</b><br>w .....<br><b>Z powyższego tytułu</b> osiągam wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto <b>równej lub wyższej</b> od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegające składkom na ubezpieczenia społeczne.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 3.   | Pozostaję w stosunku służby mundurowej (np. Policja, PSP, ABW, CBA, BOR, wojsko i pozostałe)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 4.   | Jestem ubezpieczony/a, jako osoba wykonująca <b>umowę zlecenia/ pracę nakładczą/ umowę agencyjną*</b><br>u innego Zleceniodawcy<br>Z tego tytułu osiągam miesięczny przychód będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości brutto <b>równej lub wyższej</b> od minimalnego wynagrodzenia za pracę.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 5.   | <b>Prowadzę działalność gospodarczą</b><br>W prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenia społeczne:<br>- <b>od podstawy wynoszącej min. 60%</b> prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia,<br>- od podstawy 30% minimalnego wynagrodzenia (tzw. <b>ZUS preferencyjny</b> ),<br>- opłacam tzw. „mały ZUS”,<br>- <b>ulga na start.</b><br><br>W prowadzonej działalności świadczę usługi będące przedmiotem niniejszej umowy zlecenie | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 6.   | Jestem <b>ucznikiem/studentem*</b> w wieku do 26 lat<br>Nazwa uczelni/szkoły .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

|   |   |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 7.  | Jestem uczestnikiem studiów doktoranckich w Szkole Doktorskiej.<br><u>Jeśli TAK wypełnić poniżej</u><br>Otrzymuję stypendium w kwocie brutto <b>równej lub wyższej</b> od minimalnego wynagrodzenia za pracę  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Jestem emerytem/rencistą*<br>Nr świadczenia ..... Oddz. emerytalno-rentowy .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Wnoszę o objęcie mnie <b>dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym</b> z niniejszej umowy zlecenie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.   | Wnoszę o objęcie mnie <b>dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym</b> z niniejszej umowy zlecenie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.   | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym*  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.   | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy, z prawem/bez prawa* do zasiłku dla bezrobotnych  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.   | Przekroczyłem kwotę rocznego ograniczenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (w danym roku kalendarzowym)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.   | Dodatkowe informacje/uwagi:   |                          |                          |
| <b>WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ZAWARCIA UMOWY O DZIEŁO</b> |   | <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |
| 1.  | Dzieło objęte realizowaną umową <b>jest</b> utworem w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U.2019, poz. 1231 z późn. zm.).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Oświadczam, że dzieło będące przedmiotem realizowanej umowy jest wykonane w ramach działalności lub tytułu, o których mowa w art. 22 ust. 9b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, tj.:<br>1) działalności twórczej w zakresie architektury, architektury wnętrz, architektury krajobrazu, inżynierii budowlanej, urbanistyki, literatury, sztuk plastycznych, wzornictwa przemysłowego, muzyki, fotografiki, twórczości audialnej i audiowizualnej, programów komputerowych, gier komputerowych, teatru, kostiumografii, scenografii, reżyserii, choreografii, lutnictwa artystycznego, sztuki ludowej oraz dziennikarstwa;<br>2) działalności artystycznej w dziedzinie sztuki aktorskiej, estradowej, tanecznej i cyrkowej oraz w dziedzinie dyrygentury, wokalistyki i instrumentalistyki;<br>3) produkcji audialnej i audiowizualnej;<br>4) działalności publicystycznej;<br>5) działalności muzealniczej w dziedzinie wystawienniczej, naukowej, popularyzatorskiej, edukacyjnej oraz wydawniczej;<br>6) działalności konserwatorskiej;<br>7) prawa zależnego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U.2019, poz. 1231 oraz z 2020 r. poz. 288), do opracowania cudzego utworu w postaci tłumaczenia;<br>8) działalności badawczo-rozwojowej, naukowej, naukowo-dydaktycznej, badawczej, badawczo-dydaktycznej oraz prowadzonej w uczelni działalności dydaktycznej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Wnoszę o zastosowanie 50% kosztów uzyskania przychodu.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Jestem zatrudniony (poza AWF Katowice) na podstawie <b>umowy o pracę</b><br>w .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Jestem emerytem/rencistą*   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE REZYDENCJI PODATKOWEJ**

Posiadam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej centrum interesów osobistych lub gospodarczych (ośrodek interesów życiowych):  
**TAK / NIE\*** lub przebywam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dłużej niż 183 dni w roku podatkowym: **TAK / NIE\***

.....  
(data i podpis)

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

**Zobowiązuję się poinformować AWF Katowice o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania**, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla AWF Katowice zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

.....  
(data i podpis)

\* niewłaściwe skreślić