

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Jestem*: emerytem /rencistą

*niepotrzebne skreślić

(Jeśli tak , należy dołączyć do oświadczenia kopię decyzji o przyznaniu emerytury lub renty)

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak nie

Jeśli zaznaczono Tak , określć orzeczoną stopień niepełnosprawności:.....

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY /NIE DOTYCZY* (*niewłaściwe przekreślić , jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

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

Stosunku pracy i innego pracodawcy w firmieod.....do.....

Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

Stosunku służby w WP, Policji ,UOP, SG,PSW, SW,S.C.

Wykonywania umów zlecenia w firmieod.....do.....

Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

Wykonywania pracy nakładczej z tytułu.....od.....do.....

Z innego tytułu (określić tytuł.....)od.....do.....

Upoważniam pracodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń:
ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Oświadczam , iż wszystkie w/w informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym ,
a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajanie
jest mi znana . Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o
wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuje
odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.**

.....
(data i podpis pracownika)