

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

**WYPEŁNIA ZLECENIOBIORCA/WYKONAWCA** (Wszystkie dane proszę wpisać drukowanymi literami):

1	NAZWISKO															
2	IMIONA	1							2							
3	NAZWISKO RODOWE															
4	IMIĘ OJCA,							IMIĘ MATKI								
5	DATA URODZENIA															
6	MIEJSCE URODZENIA															
7	PESEL															
8	SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO															
9	NIP															
10	NARODOWOŚĆ															
		<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>						<b>ADRES ZAMIESZKANIA – zgodny z rozliczeniem rocznym PIT</b>								
11	KOD POCZTOWY / POCZTA															
12	MIEJSCOWOŚĆ															
13	ULICA															
14	NR DOMU I NR MIESZKANIA															
15	GMINA / DZIELNICA MIASTA															
16	POWIAT															
17	WOJEWÓDZTWO															
18	URZĄD SKARBOWY (wg adresu zamieszkania) Nazwa Urzędu Skarbowego															
19	Dane adresowe Urzędu Skarbowego – kod / miejscowość / ulica															
20	NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (tak jak województwo)															
21	NR TELEFONU DO KONTAKTU															
<b>Proszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia z tytułu umowy zlecenia/ o dzieło na wskazane poniżej konto bankowe:</b>																
22	NR KONTA															
<b>PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ:</b>																
23	<b>Czy prowadzi Pan/Pani działalność gospodarczą</b>													<b>- TAK / NIE</b>		
24	<b>Czy jest Pan/Pani zatrudniony (aktualnie) w innej firmie</b>													<b>- TAK / NIE</b>		
Nazwa i adres zakładu pracy: ..... Na podstawie: umowy o pracę/umowy zlecenia * Zawartej na czas określony od ..... do ...../nieokreślony <b>Osiągam wynagrodzenie brutto poniżej/powyżej 2250,00 zł. *</b> <span style="float: right;">(* niepotrzebne skreślić)</span>																
25	<b>Czy jest Pan/Pani emerytem/rencistą</b>													<b>- TAK / NIE</b>		
Stopień niezdolności do pracy...../nr decyzji ..... Data przyznania stopnia niepełnosprawności ..... <b>(WAŻNE: dołączyć ksero orzeczenia)</b> Nr renty/emerytury ...../ data przyznania świadczenia .....																
26	<b>Czy jest Pan/Pani studentem (uczniem) do 26 roku życia – wypełniają osoby do 26 roku życia</b>													<b>- TAK / NIE</b>		
Nazwa uczelni (szkoły) ..... Okres trwania nauki: od ..... dzień ..... miesiąc..... rok do ..... dzień ..... miesiąc..... rok <b>(WAŻNE: dołączyć ksero legitymacji)</b>																
Data ważności pieczęci w legitymacji szkolnej/studenckiej (wypełnia zleceniobiorca student/uczeń do 26 roku życia)												do ..... dzień .....miesiąc.....rok				
<b>OŚWIADCZENIA ZLECENIOBIORCY/WYKONAWCY</b>																
Oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach zaistniałych podczas trwania umowy zlecenia zobowiązuję się zawiadomić Zleceniodawcę.																
..... (Data i czytelny podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)																
27	Chcę być objęty/a ubezpieczeniem dobrowolnym chorobowym:													<b>TAK/NIE</b>	..... (Data i czytelny podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)	
<b>POUCZENIE</b>																
<b>ZLECENIOBIORCA JEST ZOBOWIĄZANY NIEZWŁOCZNIE ZAWIADOMIĆ ZLECENIODAWCĘ O WSZELKICH ZMIANACH DOTYCZĄCYCH STANU FAKTYCZNEGO WYNIKAJĄCEGO Z OŚWIADCZENIA, MAJĄCEJ MIEJSCE W TRAKCIE UMOWY ZLECENIA.</b>																