

FORMULARZ DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

Nazwisko i imię:

PESEL: Data i miejsce urodzenia:

Nazwisko rodowe: Obywatelstwo:

Imiona rodziców:

Miejsce zamieszkania (dla ustalenia właściwego Urzędu Skarbowego):
Województwo: Powiat:

Gmina: Miejscowość:

Poczta: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:

Urząd Skarbowy:

Nr rachunku bankowego:

Adres e-mail: Telefon:

Niniejszym oświadczam (proszę o zaznaczenie właściwych pozycji), że:

1. Jestem zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej TAK NIE
(jeśli zaznaczono TAK)
(podać nazwę i adres pracodawcy)

Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi (zaznaczyć właściwy kwadrat):

- co najmniej minimalne wynagrodzenie,
 mniej niż minimalne wynagrodzenie

Minimalne krajowe miesięczne wynagrodzenie w roku 2019 wynosi 2.250,00 zł brutto.

Jednocześnie oświadczam, że z tytułu umowy o pracę lub równorzędnej (zaznaczyć właściwy kwadrat)

- przebywam na urlopie wychowawczym od dnia do dnia,
 przebywam na urlopie bezpłatnym od dnia do dnia,
 nie przebywam na urlopie bezpłatnym, ani wychowawczym.

2. Jestem ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą, umowę zlecenia lub agencyjną TAK NIE
(jeśli zaznaczono TAK)

(podać nazwę i adres)

3. Jestem ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów niż w pkt. 1 i 2 (np. działalność gospodarcza, KRUS): TAK NIE
(jeśli zaznaczono TAK)

(podać tytuł)

4. Jestem emerytem TAK NIE

5. Jestem rencistą TAK (nr świadczenia) NIE

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

- lekkim,
 umiarkowanym,
 znacznym.

Proszę załączyć ksero orzeczenia lekarskiego/decyzji.

6. Jestem uczniem lub studentem i nie ukończyłam/em 26 lat TAK NIE

Proszę załączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni lub kopię legitymacji.

Jestem studentem:

- studia I stopnia,
- studia II stopnia,
- jednolite studia magisterskie.

7. Pozostaję w rejestrze bezrobotnych TAK NIE

8. Prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu art. 10 ust. 1 pkt. 3 ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późniejszymi zmianami) TAK NIE

Deklaruję swoją przynależność do oddziału NFZ.

1. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
3. O wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia, mających w szczególności wpływ na naliczenie składek ZUS, zawiadomię Polski Związek Żeglarski niezwłocznie, w ciągu 3 dni od zaistnienia okoliczności składając nowe oświadczenie.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu do celów ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 , poz. 922)). Jednocześnie wyrażam zgodę na powierzenie moich danych osobowych Zleceniodawcy – Polskiemu Związkowi Żeglarskiemu z siedzibą w Warszawie przy al. ks. J. Poniatowskiego 1.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

UWAGA!!!

Jeżeli oświadczenie dotyczy osoby niepełnoletniej konieczne jest złożenie poniższego oświadczenia przez prawnego opiekuna.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka, będącego członkiem kadry narodowej Polskiego Związku Żeglarskiego zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, art. 7 oraz art. 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L nr 119 str.1).

Zgoda udzielona jest tylko do przetwarzania danych w zakresie właściwej organizacji procesu szkolenia zawodników kadry narodowej Polskiego Związku Żeglarskiego.

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem / prawnym opiekunem dziecka lub ucznia / lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem*.

.....
czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna