

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Nazwisko rodowe		Obywatelstwo	
PESEL		Seria i nr dowodu osobistego	
Nr telefonu		Adres e-mail	

Adres zamieszkania

Województwo		Powiat	
Gmina		Ulica	
Nr domu		Nr mieszkania	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Poczta			

Adres do korespondencji – wypełnić tylko wtedy, gdy jest inny niż adres zamieszkania

Województwo		Powiat	
Gmina		Ulica	
Nr domu		Nr mieszkania	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Poczta			

Nr odznaki służbowej		Nr pieczęci służbowej	
Nr prawa wykonywania zawodu		Nr dyplomu	
Przynależność do Izby Lekarskiej			

Nr konta bankowego	
Nazwa Banku	

URZĄD SKARBOWY właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11

Nazwa i adres

--

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy Oddział NFZ		
Jestem emerytem	TAK	NIE
Jestem rencistą	TAK	NIE
Posiadam orzeczenie o st. niepełnosprawności	TAK	NIE
stopień niepełnosprawności		

Data i podpis