

....., 20... r.

(miejsowość i data)

.....
(nazwa pracodawcy)

.....
(siedziba i adres)

Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń

Nazwisko i imię

Drugie imię

Nazwisko rodowe

Data urodzenia PESEL

Seria i nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Adres zameldowania

Oddział NFZ

Oświadczam, że:

- mam ustalone prawo do emerytury Tak/Nie*
- mam ustalone prawo do renty Tak/Nie*

jeśli tak, podać od kiedy i numer decyzji

- posiadam inny tytuł/inne tytuły do ubezpieczeń społecznych Tak/Nie*

jeśli tak, podać jaki/jakie

jeśli tak, podać okres/okresy (od kiedy do kiedy)

- posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Tak/Nie*

jeśli tak, podać jaki stopień i na jaki okres

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....
(podpis ubezpieczonego)

* niepotrzebne skreślić