

O Ś W I A D C Z E N I E

NAZWISKO..... NAZWISKO RODOWE.....

IMIONA 1.2.

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

OBYWATELSTWO..... IMIONA RODZICÓW.....

PESEL

ADRES ZAMELDOWANIA /POBYT STAŁY

Kod..... UL.....

miejsowość.....gmina.....

powiat..... województwo.....

ADRES ZAMIESZKANIA

kod.....UL.....

miejsowość.....gmina.....

powiat..... województwo.....

PRZYNALEŻNOŚĆ DO NFZ.....

CZY POSIADA PAN/I ORZECZENIE ZUS O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

.....

URZĄD SKARBOWY NR

KOD.....MIEJSCOWOŚĆ.....

UL.....

WYNAGRODZENIE Z TYTUŁU REALIZACJI UMOWY CYWILNO-PRAWNEJ NALEŻY PRZESŁAĆ NA KONTO:

NAZWA BANKU

NR KONTA.....

Gdańsk, dnia.....

.....
... /podpis osoby składającej
oświadczenie/