………………………………………………. ………………….………......

 (Pieczęć zleceniodawcy) (miejscowość i data)

**Zaświadczenie o świadczeniu usług**

Zaświadczam, że ………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko zleceniobiorcy)

PESEL……………………………………

świadczył usługi w…………………………………………………………………………………….

 (nazwa zakładu pracy)

w okresie od………………………………do…………………………..

na podstawie: umowy zlecenie/ umowy agencyjnej /innej umowy o świadczenie usług\*

gdzie podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy stanowiły kwoty:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc - rok | Podstawa wymiaru składek\*\* | Odprowadzono składki na ubezpieczenia społeczne (wpisać TAK lub NIE) | Odprowadzono składki na Fundusz Pracy (wpisać TAK lub NIE) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Miesiąc - rok | Podstawa wymiaru składek\*\* | Odprowadzono składki na ubezpieczenia społeczne (wpisać TAK lub NIE) | Odprowadzono składki na Fundusz Pracy (wpisać TAK lub NIE) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W trakcie świadczenia usług wypłacano zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne ………………..(wpisać TAK lub NIE)

Świadczenia były wypłacane za okres(y):…………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Podstawę wymiaru świadczeń z uwzględnieniem kwoty składek na ubezpieczenia społeczne stanowiła kwota wynosząca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę ………………..(wpisać TAK lub NIE)

Zaświadczenie wydaje się na wniosek Zainteresowanego w celu przedłożenia w Powiatowym Urzędzie Pracy w Koninie.

 ………………………………………………………

 (pieczęć i podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej)

\* zaznaczyć właściwe

\*\* w przypadku nieodprowadzania składek wpisać wynagrodzenie brutto, jeżeli wypłacono zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne – proszę podać wynagrodzenie za czas przepracowany