……………………………………………………. ………………………………………………..

 imię i nazwisko miejscowość i data

**ZOBOWIĄZANIE**

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania zleceniodawcy tj. Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kutnie o wszelkich zmianach dotyczących tytułu do powszechnego ubezpieczenia społecznego, zmian w danych osobowych, adresowych itp.

Zobowiązuję się do co miesięcznego przedstawiania dokumentu wygenerowanego z Platformy Usług Elektronicznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego informację o podstawach i składkach, potwierdzony własnoręcznym podpisem za zgodność z oryginałem.

……………………………………

(data czytelny podpis)