

Załącznik Nr 6
Do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE DO ZGŁOSZENIA
do ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego**

1. Nazwisko i imię
2. Nazwisko panięskie
3. Data i miejsce urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zameldowania
6. Adres do korespondencji.....
7. PESEL, NIP
8. Oświadczam, że:
 - 8.1. wykonuję *umowę zlecenia/agencyjną**) na rzecz
.....
i *podlegam/nie podlegam**) obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu z tytułu tej umowy,
a wynagrodzenie wypłacane mi z tytułu tej umowy jest *równe lub większe*/mniejsze**)
od minimalnego wynagrodzenia
 - 8.2. *jestem/nie jestem**) zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w
.....
w wymiarze etatu i osiągam z tego zatrudnienia wynagrodzenie *równe lub
większe/mniejsze**) od minimalnego wynagrodzenia,
*przebywam/nie przebywam**) na urlopie bezpłatnym
*przebywam/nie przebywam**) na urlopie wychowawczym
 - 8.3. jestem objęty(a) odrębnymi przepisami w zakresie zaopatrzenia emerytalnego lub
ubezpieczenia społecznego tj.:
 - 8.4. jestem uprawniony(a) do świadczenia emerytalnego, rentowego ustalonego decyzją ZUS z dnia
..... numer,
 - 8.5. *prowadzę/nie prowadzę**) pozarolniczą działalność gospodarczą i *podlegam/nie podlegam**)
z tego tytułu ubezpieczeniu społecznemu od kwoty *równej lub większej/mniejszej**)
od minimalnego wynagrodzenia,
 - 8.6. *podlegam/nie podlegam**) ubezpieczeniom społecznym z tytułu współpracy przy prowadzonej
działalności,

8.7. *podlegam/nie podlegam**) ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego,

8.8. *jestem/nie jestem**) *uczniem/studentem**) szkoły/uczelni

.....
w wieku przed ukończeniem 26 roku życia,

9. W związku z powyższym zgłoszeniem z tytułu umowy zlecenia *wnoszę/nie wnoszę**) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem:

społecznym - tak/nie*)

chorobowym - tak/nie*)

od dnia zawarcia umowy

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(am) zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek:

1. zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia, w tym również od zadłużenia powstałego w związku z nieopłaceniem składek w części finansowanej przez płatnika,
2. wyrażam zgodę na potrącenia powyższych należności z wypłacanego mi w przyszłości wynagrodzenia.

.....
data i podpis

*) niewłaściwe skreślić

**) określenie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki – wpisać zgodnie z orzeczeniem lekarskim