



Załącznik Nr 6  
Do zapytania ofertowego

OŚWIADCZENIE DO ZGŁOSZENIA  
do ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego

1. Nazwisko i imię

.....  
.

2. Nazwisko panieńskie

.....

3. Data i miejsce urodzenia

.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Adres zameldowania

.....

6. Adres do korespondencji

.....

7. PESEL.....,

8. NIP .....,

9. Oświadczam, że:

9.1. 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



9.2. 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

9.3. jestem objęty(a) odrębnymi przepisami w zakresie zaopatrzenia emerytalnego lub ubezpieczenia społecznego tj.:

.....

9.4. jestem uprawniony(a) do świadczenia emerytalnego, rentowego ustalonego decyzją ZUS z dnia ..... numer .....,

9.5. prowadzę/nie prowadzę\*) pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegam/nie podlegam\*) z tego tytułu ubezpieczeniu społecznemu od kwoty równej lub większej/mniejszej\*) od minimalnego wynagrodzenia,

9.6. podlegam/nie podlegam\*) ubezpieczeniom społecznym z tytułu współpracy przy prowadzonej działalności,

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

9.8. jestem/nie jestem\*) uczniem/studentem\*) szkoły/uczelni

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

10. 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