



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