***Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego***

NOWE / ZMIANA\* (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) OD ………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy zawartej na okres od…………………..………………….. do …………………………………..……….……...…….……

**DANE OSOBOWE**

Imiona ……………………………………..…….. Nazwisko ……………………………………..….………… Data urodzenia…………….……………….……

PESEL…………..............................................................

Obywatelstwo (niepotrzebne skreślić) POLSKIE / PAŃSTWA UNII EUROPEJSKIEJ / INNE

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

Telefon …………………………………….….. E-mail ………………………………….…………….………………

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

Kod pocztowy.......................... Poczta .............................................Miejscowość.......................................

Ulica.....................................................………..……... nr domu....................nr mieszkania…………………

Województwo...........................................................Gmina/dzielnica............................................................

ADRES DO KORESPONDENCJI (PODAĆ W PRZYPADKU GDY JEST INNY NIŻ ZAMIESZKANIA)

Kod pocztowy……………………………….. Poczta…………………………….. Miejscowość……………………………………

Ulica …………………………………….. numer domu……………………………. Nr mieszkania………………………………..

Województwo…………………………. Gmina……………………………………….

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO (26-CYFROWY) DO PRZEKAZANIA WYNAGRODZENIA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………………..….

**URZĄD SKARBOWY (ZGODNIE Z MIEJSCEM ZAMIESZKANIA)**

Urząd Skarbowy w ………………………...……………………….…………………….……………….…………

**NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (ZGODNIE Z MIEJSCEM ZAMIESZKANIA)**

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

**TYTUŁY DO UBEZPIECZEŃ**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że (właściwe zaznaczyć X)

1. Jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie (niepotrzebne skreślić): umowy o pracę (w wymiarze etatu ……..)/ umowy zlecenie - i moje miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy lub umowy zlecenie wynosi brutto:

* co najmniej minimalne wynagrodzenie (zgodne z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie minimalnego wynagrodzenia na dany rok)
* mniej niż minimalne wynagrodzenie
* wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie Chorobowe /nie wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe
* obecnie przebywam na urlopie macierzyńskim / rodzicielskim / wychowawczym / bezpłatnym

(niepotrzebne skreślić)

* umowa o pracę ze Zleceniodawcą

2. Prowadzę działalność gospodarczą, z której tytułu jestem ubezpieczona(y) - ubezpieczenie emerytalne i rentowe i odprowadzam składki od kwoty:

* 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia,
* 30% minimalnego wynagrodzenia
1. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, ponadgimnazjalnej lub studentem (\*) i nie ukończyłam(em) 26 lat.

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

nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział, data ważności legitymacji szkolnej/studenckiej

* + Status studenta traci się następnego dnia po:
		1. ukończeniu studiów (datą ukończenia studiów jest data złożenia egzaminu dyplomowego, w przypadku kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i weterynarii - data złożenia ostatniego wymaganego planem studiów egzaminu, a w przypadku kierunku farmacja - data zaliczenia ostatniej, przewidzianej w planie studiów praktyki),
		2. zawieszeniu w prawach studenta,
		3. lub [skreśleniu z listy studentów.](https://www.prawo.pl/student/kto-i-dlaczego-moze-zostac-skreslony-z-listy-studentow%2C135569.html)

Od dnia następnego po zaistnieniu powyższych okoliczności zleceniobiorca jeśli nie ma innego tytułu do ubezpieczeń powinien być zgłoszony do ZUS.

Student, który obronił licencjat lub tytuł inżyniera odzyskuje status studenta dopiero w momencie wpisania go na listę studentów studiów drugiego stopnia. Zatrudniając osoby w okresie wakacyjnym poprzedzającym rozpoczęcie przez nie studiów magisterskich należy odprowadzić składki ZUS od umowy zlecenia (wówczas status studenta nie obowiązuje).

4. Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana(y) jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta(y) ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu i:

Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

1. Jestem:

Emerytem/Rencistą

1. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień i okres orzeczenia)

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

1. Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

Nie wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

1. Jednocześnie informuję, że w przypadku zaistnienia zmian zawartych w zgłoszeniu niezwłocznie poinformuję o tym Zamawiającego.
2. W przypadku podania błędnych informacji, w tym nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.
3. Upoważniam Zamawiającego do przetwarzania moich danych osobowych w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych związanych z realizacją zawartej umowy.

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

miejsce i data wypełnienia czytelny podpis Wykonawcy