



Załącznik nr 1 do oferty

Oświadczenie zawierające dane Wykonawcy potrzebne do przygotowania zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozliczenia z urzędem skarbowym

A. Dane personalne

Dane osobowe:

Nazwisko:

Imię (imiona):

Nazwisko rodowe:

Data i miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Seria i numer dowodu osobistego:

Urząd Skarbowy (nazwa i adres):

Nr telefonu:

NIP:

PESEL:

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Miejsce zameldowania:

Województwo..... powiat.....gmina / dzielnica.....

Miejscowość.....kod pocztowy.....

Ulica, nr domu i mieszkania.....

Miejsce zamieszkania:

Województwo..... powiat.....gmina / dzielnica.....

Miejscowość.....kod pocztowy.....

Ulica, nr domu i mieszkania.....

B. Dane dla potrzeb obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego

1) Oświadczam, iż:

a) ☐ **jestem** ☐ **nie jestem** **ucznem / studentem*** w wieku do ukończenia 26 roku życia

.....
(nazwa i adres uczelni / szkoły)

Uwaga: proszę dołączyć kopię legitymacji studenckiej potwierdzoną za zgodność z oryginałem

b) ☐ **jestem** ☐ **nie jestem** **pracownikiem zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w:**

.....
(nazwa i adres zakładu pracy)

c) ☐ **przebywam** ☐ **nie przebywam** na urlopie **bezpłatnym / wychowawczym***

d) ☐ **wykonuję** ☐ **nie wykonuję umowy zlecenia *** dla zleceniodawcy innego niż Ministerstwo Zdrowia.

Wybieram umowę zlecenia zawartą ze zleceniodawcą:

.....
(nazwa i adres zleceniodawcy)

jako umowę rodzącą obowiązek ubezpieczeń emerytalnych i rentowych.

- e) ☐ **prowadzę** ☐ **nie prowadzę działalności gospodarczej:**
- ♦ przedmiot wykonywanej umowy zlecenia: ☐ **jest** ☐ **nie jest**
inny niż przedmiot prowadzonej działalności.
 - ♦ przychód z tytułu zawartej umowy zlecenia z Ministerstwem Zdrowia ¹⁾ ☐ **jest** ☐ **nie jest**
niższy od minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności.
 - ♦ wybieram opłacanie obowiązkowych składek emerytalno-rentowych²⁾
☐ od umowy zlecenia w MZ ☐ prowadzonej działalności gospodarczej
 - ♦ ☐ **wyrażam** ☐ **nie wyrażam** zgody na objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym ³⁾

- f) ☐ **jestem** ☐ **nie jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy** jako bezrobotny
☐ **z prawem** ☐ **bez prawa do zasiłku**

.....
(nazwa i adres Urzędu Pracy)

- g) ☐ **jestem** ☐ **nie jestem emerytem / rencistą***
(nr emerytury / renty)

- h) ☐ **mam** ☐ **nie mam** orzeczony **lekki / umiarkowany / znaczny*** stopień niepełnosprawności

2) Umowa zlecenia zawarta od do

C. Dane dla potrzeb dobrowolnych ubezpieczeń emerytalno-rentowych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego

- 1) ☐ **zgłaszam** ☐ **nie zgłaszam** wniosku o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno – rentowym** z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej
- 2) ☐ **zgłaszam** ☐ **nie zgłaszam** wniosku o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym** z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(am) zgodnie z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
Przyjmuję także do wiadomości, że o wszelkich zaistniałych zmianach powiadomię zamawiającego na piśmie w terminie 7 dni od daty ich powstania.

Data: Czytelny podpis:

-
- 1) wypełnić w przypadku, gdy przedmiot wykonywanej umowy zlecenia **jest** inny niż przedmiot prowadzonej działalności,
 - 2) wypełnić odpowiednio w przypadku, gdy przychód z tytułu zawartej umowy zlecenia z Ministerstwem Zdrowia **nie jest niższy** od minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,
 - 3) wypełnić odpowiednio w przypadku, gdy przychód z tytułu zawartej umowy zlecenia z Ministerstwem Zdrowia **jest niższy** od minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.