Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Imię i nazwisko ………………………………………………………………… PESEL/NIP\* ………………………………………………

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego**

**z tytułu wykonywania umowy zlecenia**

**zawartej w dniu ………………………. na okres od ……….…………………… do ……….……………………**

1. Ja, niżej podpisany(a), **oświadczam, że jestem objęty(a) ubezpieczeniem społecznym** z tytułu:

* zatrudnienia na umowę o pracę TAK/NIE\*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… (*dokładna nazwa i adres zakładu pracy*)

i moje wynagrodzenie brutto jest wyższe (lub równe)/jest niższe\* niż kwota minimalnego wynagrodzenia umowa o pracę zawarta jest na okres próbny/czas określony\* od …….....…….…… do …………….….….. na czas nieokreślony od ……………………………..

* wykonywania umowy zlecenia u innego zleceniodawcy TAK/NIE\*

W przypadku udzielenia odpowiedzi TAK oświadczam, że:

* umowa została zawarta na okres od ………....…………..… do …….…………....….…..
* z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję/uzyskam **przychód miesięczny** będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (*wybrać właściwe*):
* w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto
* w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto (od 01.07.2024 r. do 31.12.2024 r. minimalne wynagrodzenie wynosi **4 300,00 zł** brutto)
* członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych TAK/NIE\*
* wykonywania pracy nakładczej TAK/NIE\*
* z innego tytułu (określić tytuł) …………………………………………………………………………………….

1. Prowadzę własną działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne TAK/NIE\*

Jeżeli odpowiedź brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki:

* min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia
* 30% minimalnego wynagrodzenia (tzw. „preferencyjne składki ZUS”)

1. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE\*(jeśli TAK proszę podać okres) ………………………………………………..

- na urlopie wychowawczym TAK/NIE\* (jeśli TAK proszę podać okres) ………………………………………..

- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE\* (jeśli TAK proszę podać okres) ………………......

……………………………………………………..

1. Jestem uczniem/studentem\* i nie ukończyłem(am) 26 lat TAK/NIE\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……(nazwa szkoły/uczelni, poziom/rodzaj studiów, rok studiów, numer legitymacji szkolnej/studenckiej)

1. Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE\*
2. Jestem emerytem/rencistą\* TAK/NIE\* - numer emerytury/renty………………………………………….
3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE\*

Jeśli wpisano TAK określić orzeczony stopień niepełnosprawności ………………………………………………

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy (*wybrać i zaznaczyć jedno właściwe*):

* Nie posiadam tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń, więc podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalno-rentowym i wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
* Posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalno-rentowych i wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym
* Jestem studentem i nie ukończyłem(łam) 26 lat, więc nie podlegam do ubezpieczeń ZUS (do oświadczenia załączam kserokopię ważnej legitymacji studenckiej/zaświadczenie z uczelni o posiadaniu statusu studenta).

**Oświadczam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym, a o wszelkich zmianach zobowiązuję się powiadomić w ciągu 7 dni od daty ich zaistnienia. Odpowiedzialność karna skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich niezgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.**

……………………………………….. ………………………………………..

(*data wypełnienia*) (*czytelny podpis*)

\**Niepotrzebne skreślić*