**Wypełnia podmiot nie będący płatnikiem VAT**

**OŚWIADCZAM, ŻE**

(zaznaczyć właściwe pola)

* Jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat,
* jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie za pracę
* jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi co najmniej tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę
* prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej
* prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od „preferencyjnej” podstawy wynoszącej co najmniej 30% minimalnego wynagrodzenia, ale mniej niż płaca minimalna (na mocy art. 18a / 18c ustawy o sus)
* prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam na mocy 18c ustawy o sus składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę
* prowadzę działalność, z racji której korzystam z ulgi na start
* usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych
* jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym
* jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie macierzyńskim
* nie posiadam innych tytułów do ubezpieczeń społecznych
* jestem emerytem/rencistą
* legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności
* wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
* nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym
* ............................................................................................................................ (inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

………………………………. …………………………………………..

Data Podpis