

Nazwisko

Imiona

Adres zamieszkania:ul.....

kod,

miejscowość,

ulica, nr

Data urodzenia.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY **do celów ubezpieczeń społecznych**

Oświadczam, że:

- 1) jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w wymiarzeetatu w (nazwa i adres zakładu pracy)
i podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (wynagrodzenie brutto) z ww. stosunku pracy jest **niższa, równa, wyższa*** od kwoty minimalnego wynagrodzenia w **2018 r. tj. 2100,00 zł**,
- 2) wykonuję pracę na podstawie umowy zlecenia zawartej z (nazwa i adres firmy).....
i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzam składki na **ubezpieczenia społeczne, tj. emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, ubezpieczenie zdrowotne***
- 3) prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą (nazwa i adres firmy)
i z tego tytułu odprowadzam składki na **ubezpieczenia społeczne tj. emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, ubezpieczenie zdrowotne***
- 4) podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników i opłacam składki na KRUS – **tak/nie***
- 5) **jestem uczniem/studentem*** w wieku do ukończenia 26 roku życia (nazwa i adres uczelni/ szkoły oraz nr legitymacji)
- 6) jestem **emerytem/rencistą*** i aktualnie nie pracuję – **nie dotyczy ***
- 7) jestem bezrobotny(a) – **tak/nie***
- 8) Posiadam ustalone prawo do emerytury lub renty (jeśli tak, wpisać symbol i numer) **tak/nie***
- 9) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli tak, podać stopień i okres na jaki został orzeczony stopień od-do) **tak/nie***.....

W związku z powyższym, z tytułu zawartej **umowy zlecenia nr..... w Warmińsko-Mazurskim Urzędzie Wojewódzkim w Olsztynie**

- nie podlegam/ podlegam*** obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu tj. emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu,
- nie podlegam/ podlegam*** obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- nie wnoszę/ wnoszę*** o objęcie mnie **dobrowolnym** ubezpieczeniem społecznym tj. emerytalnym, rentowym, chorobowym i odprowadzeniem składek ZUS,

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 5 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....
data.....
podpis osoby składającej oświadczenie* **niepotrzebne skreślić**