

Załącznik nr 7 do Szczegółowego Regulaminu Przeprowadzenia Konkursu Ofert

....., dnia

(miejscowość)

Nazwisko i imię:

Adres:

Data urodzenia:

PESEL:

NIP:

Urząd Skarbowy:

(właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania)

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO I NAZWA BANKU:

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

dla celów PODATKOWYCH i ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy zlecenia.

Ja, niżej podpisany jako Zleceniobiorca umowy zlecenia oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę TAK / NIE

W:

.....

(w przypadku zaznaczenia „TAK” proszę podać dokładną nazwę i adres zakładu pracy)

wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie

mniej, niż minimalne wynagrodzenie

2. Jestem zatrudniony na podstawie umowy/umów zlecenia TAK / NIE

w:

1.

2.

..

(w przypadku zaznaczenia „TAK” proszę podać dokładną nazwę i adres zakładu pracy)

Przychód/za m-ąc z tytułu umowy zlecenia lub suma przychodów z w/w umów w kwocie brutto wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie

mniej niż minimalne wynagrodzenie.

Umowa/umowy zlecenia w innym/innych zakładzie/zakładach została/y zawarta/e na okres

1. od do

2. od do

3. Jestem uczniem szkoły: ponadpodstawowej / ponadgimnazjalnej / studentem*
i nie ukończyłem(am) 26 lat TAK / NIE*

.....
(nazwa szkoły/uczelni, rok studiów)

Numer legitymacji: szkolnej / studenckiej*

4. Jestem osobą bezrobotną: TAK / NIE*.

1. Jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy: TAK / NIE*

.....
(adres Urzędu Pracy)

z: prawem / bez prawa* do zasiłku dla bezrobotnych.

5. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników od dnia: TAK / NIE*

.....
(data powstania ubezpieczenia)

Właściwą Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jest:

.....
(siedziba właściwej KRUS)

6. Jestem: emerytem / rencistą* / TAK / NIE*

numer legitymacji:

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

– Podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i wnoszę / nie wnoszę* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

– Wnoszę / nie wnoszę* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana (art. 233 Kodeksu Karnego).

O wszelkich zmianach zobowiązuje się poinformować Zleceniodawcę w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy (zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

.....
(czytelny podpis)

* Właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem „x”