|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  I SPOŁECZNEGO1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja niżej podpisana(y)** | | |  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | (imię i nazwisko) | | | | | | | | | | (PESEL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Urodzona/y dnia** | | |  | | | | | | | |
| **Zamieszkała/y** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | (województwo , kod , miejscowość , ulica, nr domu, nr mieszkania) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **w związku z zawarciem umowy zlecenia nr:** | | | | | | |  | | | | | | | **z dnia:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **oświadczam, co następuje** (*proszę wstawić X w kratki, które Pani/Pana dotyczą*): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1.** Jestem zatrudniona(y) na podstawie stosunku pracy poza Uniwersytetem Medycznym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Podstawa ubezpieczenia społecznego ze stosunku pracy w przeliczeniu na okres miesiąca wynosi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | **co najmniej** minimalne wynagrodzenie *(ustalane na rok kalendarzowy)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | **mniej niż** minimalne wynagrodzenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **2.** Przebywam na urlopie **wychowawczym\*/bezpłatnym\*** w okresie od: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | do | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3.** Pobieram zasiłek macierzyński w okresie od: | | | | |  | | | | | | do | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **4.** Jestem zatrudniona(y) na podstawie innej umowy zlecenia lub równoważnej, od której opłacana jest obowiązkowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, w okresie od: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | do | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **5.** Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której **odprowadzam/nie odprowadzam\*** obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne. Przedmiot ww. umowy nie wchodzi w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **6.** Nie jestem zatrudniona(y) na podstawie stosunku pracy poza Uniwersytetem Medycznym i nie jestem objęta(y) ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **7.** Jestem **emerytem/rencistą**\*. | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | (adres i Oddział ZUS) | | | | | | | | | | | | | (nr świadczenia) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **8.** **Pobieram** zasiłek przedemerytalny. | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | (adres i Oddział ZUS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nr świadczenia) | | | | | | | | |
|  | **9.** Jestem doktorantem **Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu \*/ innej Uczelni**\*. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **10.** Jestem **studentem\*/uczniem**\* *(proszę dołączyć ksero legitymacji szkolnej/studenckiej)*. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **11.** Jestem w innej, niż wyżej wymienione, sytuacji. Z tego tytułu podlegam **obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnemu\*/ tylko obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu\***. Opis sytuacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dodatkowe informacje dotyczące zgłoszenia do ubezpieczenia z tytułu zawarcia umowy zlecenia z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Przedkładam orzeczenie o **lekkim\*/ umiarkowanym\*/ znacznym\*** stopniu niepełnosprawności. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ponadto oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą, a o wszelkich zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia zawiadomię Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu na piśmie przed dniem dokonania wypłaty. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | ..................... | | | | ............................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | (data) | | | | (podpis Zleceniobiorcy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |