

Załącznik nr 7 do Umowy zlecenie nr ...

Imię i nazwisko..... PESEL.....
 Adres zamieszkania.....
 nr tel. kontaktowego.....

OŚWIADCZENIE
dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych
i ubezpieczenia zdrowotnego
z tytułu wykonywania umowy cywilnoprawnej
numer umowy zawartej 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*

.....

... (nazwa i adres zakładu pracy)

i moje wynagrodzenie brutto jest wyższe/nizsze* 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

- z innego tytułu (określić tytuł).....

2. Prowadzę własną działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenie społeczne TAK/NIE*

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

- ☐ Min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia
☐ 30% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia (tzw. „preferencyjne składki ZUS”)

3. 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)...

4. Jestem studentem/ucznem* i nie ukończyłem 26 lat TAK/NIE*
 więc nie podlegam ubezpieczeniom ZUS (do oświadczenia załączam ksero legitymacji
 studenckiej/zaświadczenie z uczelni o posiadaniu statusu studenta).

5. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności TAK/NIE*
 Jeśli TAK określić orzeczony stopień
 niepełnosprawności.....

6. Jestem emerytem/rencistą* TAK/NIE* (do oświadczenia załączam ksero legitymacji)

**Niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy (wybrać właściwe):

- ☐ Nie posiadam żadnego tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń więc z tej umowy
 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.

Oświadczam że powyższe dane podałem(em) zgodnie ze stanem faktycznym a o wszelkich zmianach
 zobowiązuję się powiadomić w ciągu 7 dni od daty ich zaistnienia. Odpowiedzialność karna skarbową 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)