

Nazwisko i imię, Imię drugie.....

Nazwisko rodowe, PESEL

Nr paszportu lub inny dokument w przypadku braku nr PESEL

Data urodzenia, obywatelstwo

Adres zameldowania

Kod pocztowy....., poczta

Adres zamieszkania

Kod pocztowy....., poczta

Numer kontaktowy:, Adres e-mail

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO¹

Do umowy nr zawartej dnia

na okres od do

KOD WYKONYWANEGO ZAWODU WYNIKAJĄCY Z PRZEDMIOTU ZAWARTEJ UMOWY

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

Oświadczam, że na terytorium Polski (*proszę zaznaczyć właściwy kwadrat z odpowiedzią*):

- tak nie 1. Jestem pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- tak nie 2. Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę (*podać nazwę zakładu pracy*)
.....i z tego tytułu osiągam:

przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia **(1)**

przychód mniejszy niż minimalne wynagrodzenie **(2)**

tak nie 3. Przebywam na urlopie **wychowawczym (2)** od do

tak nie 4. Przebywam na urlopie **bezpłatnym (2)** od do

tak nie 5. Przebywam na urlopie **macierzyńskim/rodzicielskim(1)** od do

tak nie 6. Jestem mianowany/a na stanowisko **Prokuratora*/Sędziego* (2)**.

tak nie 7. Jestem członkiem **Rady Nadzorczej (2)**

tak nie 8. Jestem **osobą bezrobotną (2)**

tak nie 9. Jestem ubezpieczony/a w **KRUS (2)**

tak nie 10. Prowadzę działalność pozarolniczą(w tym gospodarczą): **NIP:**

opłacam wyłącznie składkę zdrowotną **(2)**

opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe **na zasadach ogólnych (1)**

opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe **na zasadach preferencyjnych (2)**

tak nie 11. Jestem emerytem,
(adres i Oddział ZUS)
numer emerytury....., przyznanej od dnia.....

tak nie 12. Jestem rencistą,
(adres i Oddział ZUS)
numer renty, przyznanej od dnia..... do dnia

tak nie 13. Posiadam orzeczenie o **lekkim*/umiarkowanym*/znacznym*** stopniu niepełnosprawności
przyznane **od dnia** **do dnia**

tak nie 14. Jestem słuchaczem studiów doktoranckich **SZKOŁY DOKTORSKIEJ** (podać nazwę uczelni i nr albumu)
....., **otrzymuję stypendium w wysokości:**

co najmniej minimalnego wynagrodzenia **(1)**

mniejsze niż minimalne wynagrodzenie **(2)**

tak nie 15. Jestem studentem, uczniem (podać nazwę uczelni lub szkoły i nr albumu).....
..... i nie ukończyłem/am 26 roku życia.

Dodatkowe informacje dotyczące zgłoszenia do ubezpieczenia z tytułu zawarcia umowy zlecenia z Uniwersytetem Zielonogórskim:

- tak nie 18. Wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowym.
- tak nie 19. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- tak nie 20. Wnoszę o zgłoszenie/wyrejestrowanie członków mojej rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego (ZAŁĄCZYĆ DRUK "Oświadczenie w celu zgłoszenia/wyrejestrowania do/z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonego")

Lp.	Imię i Nazwisko
1.	
2.	
3.	

21. Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) umowa zlecenia jest tytułem do objęcia obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi i zdrowotnym;
- 2) w przypadku zbiegu tytułów do ubezpieczenia, obowiązek przedłożenia dokumentów, z których wynika brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, spoczywa na mnie;
- 3) jeżeli w wyniku błędnego wypełnienia przeze mnie niniejszego oświadczenia lub niepoinformowania o zmianach w stosunku do stanu faktycznego, w wyniku czego zostanie dokonane nieprawidłowe zgłoszenie z tytułu niniejszej umowy, zobowiązuje się do wpłaty zaległych składek;
- 4) w przypadku zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego z tytułu ww. umowy, jestem zobowiązany(a) do wyrejestrowania się z innych tytułów do ubezpieczenia (poza UZ), takich jak: bycie członkiem rodziny, studentem, doktorantem, zarejestrowanie w Urzędzie Pracy.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Uniwersytet Zielonogórski na piśmie.

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(data wypełnienia)

.....
(czytelny podpis Zleceniobiorcy)

UWAGA: PROSZĘ DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

¹ **WYPEŁNIA** Zleceniobiorca, który **nie jest** pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego, lub **jest** pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego, ale przebywa na urlopie bezpłatnym, wychowawczym lub macierzyńskim.

(1) Zleceniobiorca zgłoszony zostanie do ubezpieczenia zdrowotnego (ZZA).

(2) Zleceniobiorca zgłoszony zostanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (ZUA).

* niepotrzebne skreślić