VitalAire sp. z o.o.

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

**DLA POTRZEB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH i ZDROWOTNYCH**

Pan(i) **……………………………………………** Nr PESEL **…………………………………….**

Oświadczam, że :

*\*) - niewłaściwe skreślić lub zakreślić właściwe; przy ewentualnych poprawkach proszę złożyć podpis*

1. **Jestem / nie jestem**\*) zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i z tytułu zatrudnienia osiągam dochód **wyższy / równy / niższy**\*) niż minimalne wynagrodzenie 3.010 zł brutto.

Nazwa i adres zakładu pracy: ...........................................................................................................................

Zatrudnienie będzie trwało do dnia: .................................................................................................................

1. **Jestem / nie jestem**\*) zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia w innych (poza VitalAire) zakładach pracy. Liczba zawartych umów zleceń: ………………………..
   1. Okres obowiązywania umowy zlecenia – od ……………………….. do ………………………..
   2. Okres obowiązywania umowy zlecenia – od ……………………….. do ………………………..
   3. Okres obowiązywania umowy zlecenia – od ……………………….. do ………………………..
2. **Przebywam / nie przebywam**\*) na urlopie **wychowawczym / macierzyńskim / bezpłatnym** \*) od ……………………….. do ………………………..

4. **Jestem / nie jestem**\*) studentem do 26 r. ż. .....................................................................................................

(nazwa uczelni, nr legitymacji studenckiej)

1. **Jestem / nie jestem**\*) uprawniony/a do:

5.1. **Emerytury**\*) Nr decyzji ..............................................................................................................................................

5.2. **Renty**\*) Nr decyzji ……………………………….. Przyznana na okres do: ...............................................................

1. **Posiadam / nie posiadam**\*) orzeczony stopień niezdolności do pracy

6.1. Określenie stopnia niezdolności do pracy .....................................................................................................................

6.2. Przyznany na okres od ……………………….. do ………………………..

1. **Prowadzę / nie prowadzę**\*) działalność gospodarczą, z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenie społeczne **Tak / Nie**\*)
   1. Jestem osoba uprawnioną do obniżonej podstawy wymiaru składek w pierwszych 24 mies. prowadzenia działalności **Tak / Nie**\*)
2. **Pozostaję / nie pozostaję**\*) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy

nazwa i adres Urzędu Pracy: ...............................................................................................................................................

1. **Wnoszę / nie wnoszę**\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od .................................
2. **Wnoszę / nie wnoszę**\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od ...............................

11. Inne: ..................................................................................................................................................................

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

**O wszelkich zmianach informacji zawartych w powyższym oświadczeniu zobowiązuje się niezwłocznie**, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zaistnienia zmiany, **zawiadomić zleceniodawcę - VitalAire sp. z o.o.** oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Ponadto, 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 finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Upoważniam VitalAire sp. z o.o. do przetwarzania moich danych osobowych w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych związanych z realizacją zawartej umowy.

…………………………………….. ………………………………………….

Miejscowość, data Podpis zleceniobiorcy