

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

[illegible]

**Sytuacja ubezpieczeniowa:**

1. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

<p>Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określoneemu zgodnie z obowiązującymi przepisami</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>
---	--

Prowadzę działalność gospodarczą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

- 2. Mam ustalone prawo do emerytury**

**Tak** ☐ **Nie** ☐

znak: .....

- Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp.**

**Tak** ☐ **Nie** ☐

znak: ..... od ..... do dnia .....

Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ .....

- Mam ustalony stopień niepełnosprawności**

**Tak** ☐ **Nie** ☐

☐ 1/ lekki                      ☐ 2/ umiarkowany                      ☐ 3/ znaczny

3. Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia

**Tak** ☐ **Nie** ☐

- 4. Jestem osobą bezrobotną**

**Tak** ☐ **Nie** ☐

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .....  
z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

\* *niepotrzebne skreślić*

- 5. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników**

**Tak** ☐ **Nie** ☐

od.....

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....

6. Oświadczam, że chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu Tak ☒ Nie ☐

7. Oświadczam, że chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu Tak ☒ Nie ☐

**Uwaga!!!** Możliwość objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym istnieje jedynie w przypadku podlegania przez Zleceniobiorcę obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie w związku z którą składam niniejsze oświadczenie niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.).

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić Zleceniodawcę.

## **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

---

- wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

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

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR)

---

Podpis Przyjmującego zamówienie