# Oświadczenie

(składane przez Wykonawcę będącego osobą fizyczną)

Imię: ................................................................................................................................................

Nazwisko: .......................................................................................................................................

Adres zamieszkania: .......................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

PESEL/NIP: ...................................................................................................................................

# OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):

 jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji……………………………………………..)

*Uwaga! Przed podpisaniem umowy wymagane ksero aktualnej legitymacji.*

 jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie za pracę

 jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi co najmniej tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę

 prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej,

 prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia

 usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą zakres prowadzonej przez mnie działalności gospodarczej

 jestem emerytem/rencistą

 legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności ..........................

 wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

 nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

 .................................................................................................................

*(inne okoliczności majce wpływ na ubezpieczenia w ZUS)*

Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zamawiającego.

………………………………………. ……………………………………..

 Podpis Wykonawcy data