



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. Pobieram **zasilek macierzyński** (1) za okres 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 działalność
 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 (podać nazwę uczelni i nr albumu).....
- 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, zobowiązuje 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