

## OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY (dla osób niebędących pracownikami UJ CM)

**Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:**

- 1) Jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w wymiarze ..... etatu w .....(nazwa zakładu pracy) i moje wynagrodzenie miesięczne, które jest podstawą naliczania składek na ubezpieczenia społeczne jest wyższe od minimalnego wynagrodzenia **TAK/NIE\***
- 2) Jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania umowy/ów zlecenia u innego zleceniodawcy od.....do....., której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe w przeliczeniu na okres miesiąca jest wyższa od minimalnego wynagrodzenia **TAK/NIE\***  
(jeśli TAK, należy dołączyć zaświadczenie o wynagrodzeniu)
- 3) Jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z innego tytułu (określić tytuł).....
- 4) Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenie społeczne, **TAK/NIE\*** których podstawa wymiaru wynosi:
  - a) nie mniej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia, do dnia ..... **TAK/NIE\***
  - b) nie mniej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego **TAK/NIE\***
- 5) Przedmiot zawieranej umowy nie pokrywa się z przedmiotem prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.
- 6) Przebywam lub będę przebywał/a na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym od .....do..... **TAK/NIE\***
- 7) Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem(am) 26 lat **TAK/NIE\***  
(jeśli TAK, należy dostarczyć zaświadczenie ze szkoły/uczelnii o posiadaniu statusu ucznia/studenta)
- 8) Mam ustalone prawo do emerytury/renty od dnia.....do dnia .....nr emerytury/renty.....**TAK/NIE\***
- 9) Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności..... **TAK/NIE\***  
(jeśli TAK, określić stopień i dołączyć kserokopię orzeczenia)
- 10) Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym **TAK/NIE\***
- 11) Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym **TAK/NIE\***
- 12) Nazwa Urzędu Skarbowego właściwego według miejsca zamieszkania to:.....

**Zobowiązuję się poinformować Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności finansowej za zobowiązania powstałe w wyniku niedopełnienia obowiązku. Wszelkie skutki wynikające z podania informacji nieterminowo lub niezgodnych ze stanem faktycznym, obciążają Zleceniobiorcę.**

*\* właściwe zaznaczyć*

.....  
**Data wypełnienia**

.....  
**Podpis Zleceniobiorcy**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości (zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych) przez Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum z siedzibą w Krakowie przy ul. Św. Anny 12 w celach związanych z realizacją umowy oraz jej rozliczeniem i sprawozdawczością.

Stosownie do art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych każdej osobie przysługuje prawo do kontroli przetwarzanych danych, które jej dotyczą, zawartych w zbiorach danych, dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

.....  
**Data wypełnienia**

.....  
**Podpis Zleceniobiorcy**