**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** tyleile 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 w 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 mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)*

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

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

Podpis Wykonawcy data