Zał. nr 2 do oferty Oświadczenie o ubezpieczeniu

Znak sprawy: OPS.262.1.2025

Imię/imiona i nazwisko: …………………………………………………………………………

Nazwisko rodowe ……………………………………………………………………………….

Adres: ……………………………………………………………………………………………

Kod pocztowy i miejscowość: …………………………………………………………..

PESEL ……………………………………….

**Oświadczenie zleceniobiorcy o posiadanych tytułach do ubezpieczeń**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. **Jestem/ nie jestem** zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę w ……………………….………. ………………………………………………………………………………………….. i z tego tytułu **osiągam/nie osiągam** przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia (od 1 stycznia 2025 r. – 4666,00 zł),

1. **Przebywa m/nie przebywam** na urlopie **bezpłatnym/wychowawczym**.
2. **Jestem/nie jestem objęta/y** obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy   
   o zleceniu, z której uzyskuję miesięcznie przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia (od 1 stycznia 2025 r. – 4666,00 zł),
3. **Mam/nie mam** ustalone prawo do emerytury lub renty,
4. **Prowadzę/nie** prowadzę działalność pozarolniczą (gospodarczą, wolny zawód, twórczą albo artystyczną, publiczną lub niepubliczną szkolę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespól w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, jako wspólnik spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej albo wspólnik jednoosobowej spółki z o.o.) i z tego tytułu odprowadzam co miesiąc składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne od podstawy wymiaru wynoszonej miesięcznie ……………….zł,
5. **Jestem/nie jestem** osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,
6. **Jestem/nie jestem** uczniem szkoły i nie ukończyłam/em 26 roku życia.
7. **Posiadam/nie posiadam** stopień niepełnosprawności, jeżeli tak to w jakim stopniu ………………………………………………………………………………………………………..

(określenie stopnia niepełnosprawności)

1. O wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Wykonawcę w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.

miejscowość Ełk, data ………………………… ………………………………..

*(czytelny podpis zleceniobiorcy)*

**Wniosek Wykonawcy o objęcie ubezpieczeniami dobrowolnymi**

Ja, niżej podpisana/y:

1. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi.
2. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

miejscowość Ełk, data ………………………… ………………………………..

*(czytelny podpis zleceniobiorcy)*