

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),
2. **Przebywa m/nie przebywam** na urlopie **bezpłatnym/wychowawczym**.
3. **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),
4. **Mam/nie mam** ustalone prawo do emerytury lub renty,
5. **Prowadzę/nie prowadzę** działalność pozarolniczą (gospodarczą, wolny zawód, twórczą albo artystyczną, publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół 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 wynoszącej miesięczniezł,
6. **Jestem/nie jestem** osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,
7. **Jestem/nie jestem** uczniem szkoły i nie ukończyłam/em 26 roku życia.
8. **Posiadam/nie posiadam** stopień niepełnosprawności, jeżeli tak to w jakim stopniu
(określenie stopnia niepełnosprawności)
9. 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)