Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

I. Informacja osobowa zleceniobiorcy do celów podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencyjnych:

Nazwisko.....................................................

Nazwisko rodowe……………………………………………………

Imiona: : ......................................................

Imię ojca ..................................................Imię matki: ...................................................

Miejsce urodzenia……………………………………………………

Data urodzenia…………………………………

PESEL:……………………………………………………………………..

Telefon ........ ............................ Email: ..........................................................................

Adres zamieszkania: Ulica:………………………………………………………Nr domu ............Nr mieszkania .........

Miejscowość ………………………...

Kod pocztowy ............................... Poczta ...........................................

Województwo ................................................... Powiat ....................................... Gmina …………………..

Urząd skarbowy (dokładny adres...............................……………………….........

Numer konta bankowego……………………………………………………………

Oświadczam, że\*

1. Jestem/ nie jestem\* zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w …………………………….……………………………………….............................. na okres …..................................................

2. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:

. przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzenia 4666,00 zł brutto

. nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia,

3. nie jestem/jestem\*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartą na okres

od dnia ............... do dnia ......................., z wynagrodzeniem brutto powyżej/poniżej\*) minimalnego wynagrodzenia

4. nie posiadam/posiadam\*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia …………………………............................................................. i pobieram z ZUS w/w świadczenie

5. nie jestem/jestem\*) właścicielem /wspólnikiem…………………………………………………(nazwa firmy, rodzaj działalności) ubezpieczonym w ZUS od…………………………………………………………

6. nie jestem/jestem\*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat

............................................................................................................................................................ (nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)

7. nie jestem/jestem bezrobotny/a\* )zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w …………………………

.......................................................................... i nie pobieram/pobieram\*) zasiłek dla bezrobotnych\*),

8. nie przebywam/przebywam\*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym\*) od dnia .....................

9. Usługę wykonam/nie wykonam w ramach osobiście wykonywanej działalności gospodarczej

10. wnoszę/ nie wnoszę \* o dobrowolne ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej umowy-zlecenia

11. wnoszę/ nie wnoszę o ubezpieczenie chorobowe\*

12. posiadam/ nie posiadam stopnia niepełnosprawności. Jeżeli posiadam to jest to stopnia …......................................................................................................

\*właściwe podkreślić

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w pkt. 1-9 w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

**W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach która będzie ich administratorem. Zgadzam się na przekazywanie tych danych osobom trzecim, a także na ich przetwarzanie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie niezbędnym do realizacji procesu rekrutacji. Administratorem danych jest: Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, ul Wyszyńskiego 11, 11-200 Bartoszyce

Data: …………………… Podpis…………………………………………………..