***Załącznik nr 2 do umowy zlecenie***

Oświadczenie Zleceniobiorcy

Ja niżej podpisany/a:

imię nazwisko **………………………………………..**

adres zamieszkania **…………………………………..**

PESEL **……………………………………**

Narodowy Fundusz Zdrowia (Oddział) - ……………………………….

oświadczam, że:

* jestem/ nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy o pracę i z tego tytułu osiągam przychód w przeliczeniu na okres miesiąca równy co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu,
* przebywam/ nie przebywam\* na urlopie bezpłatnym,
* przebywam/ nie przebywam\* na urlopie wychowawczym,
* podlegam/ nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym   
  z innej umowy zlecenia,
* **(począwszy od ………...2025 r.)** podlegam/ nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innej umowy zlecenia i łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu.
* **(począwszy od ………...2025 r.)** prowadzę/ nie prowadzę\* pozarolniczą działalność gospodarczą z tytułu, której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia,
* **(począwszy od ……….2025 r.)** prowadzę/ nie prowadzę\* pozarolniczą działalność gospodarczą z tytułu, której jestem uprawniony do opłacania preferencyjnych składek,  
  a mimo to odprowadzam z jej tytułu składki od podstawy wynoszącej co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia,
* **(począwszy od …….... 2025 r.)** prowadzę/ nie prowadzę\* pozarolniczą działalność gospodarczą z tytułu, której opłacam standardowe składki - od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej,
* mam/ nie mam\* ustalonego prawa do emerytury lub renty (numer świadczenia ………………………………………….),
* jestem/ nie jestem\*\* uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat,
* wnoszę/ nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi,
* wnoszę/ nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

**O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość, data |  | czytelny podpis |

Objaśnienia:

\*niewłaściwe skreślić,

\*\* status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba która kończy studia I stopnia licencjackie (inżynierskie), a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.