



**ZA.271.32.2022**

**ZAŁĄCZNIK NR 15 DO SWZ**

**OŚWIADCZENIE dla celów ustalenia obowiązku:**

- ubezpieczeń społecznych,
- ubezpieczeń zdrowotnych,
- zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych.

**dane osobowe**

nazwisko	
imię pierwsze	
imię drugie	
nazwisko rodowe zleceniobiorcy	
data urodzenia	
PESEL	
NIP (działaln. gosp.)	
obywatelstwo	

**adres zameldowania**

ten adres należy podać w druku PIT do Urzędu Skarbowego

województwo	
miejsowość	
gmina	
powiat	
poczta	
kod pocztowy	
ulica	
nr domu/nr lokalu	

**adres zamieszkania**

(wpisać jeżeli jest inny niż zameldowania)

ten adres należy podać w druku PIT do Urzędu Skarbowego

województwo	
miejsowość	
gmina	
powiat	
poczta	
kod pocztowy	
ulica	
nr domu/nr lokalu	

**adres do korespondencji**

(wpisać jeżeli jest inny niż zamieszkania)

województwo	
miejsowość	
gmina	
powiat	
poczta	
kod pocztowy	
ulica	
nr domu/nr lokalu	

oddział NFZ	
Urząd Skarbowy (pełny adres)	

**Oświadczam, że:** zaznaczyć odpowiedni kwadrat

1. Jestem / nie jestem\* pracownikiem / zleceniobiorcą/ .....\* w innym, niż Urząd Miejski w Gliwicach, zakładzie pracy i uzyskuję dochody miesięczne w wysokości:

- równe lub przewyższające minimalne wynagrodzenie za pracę,
- nie przewyższające minimalnego wynagrodzenia za pracę (minimalne wynagrodzenie za pracę w 20..... r. wynosi ..... zł brutto).

Należy wziąć pod uwagę dochód, który podlega oskładkowaniu składkami ZUS, zsumowany ze wszystkich źródeł (umowa o pracę, umowy zlecenia, świadczenia ZUS i inne). Ustalając dochód należy uwzględnić indywidualnie każdy miesiąc, w którym trwa umowa cywilna, zawarta z Urzędem Miejskim w Gliwicach, jak również miesiąc, w którym zostanie wypłacona należność z tej umowy.

2. Jestem / nie jestem\* emerytem/rencistą\* - nr emerytury/renty\* .....  
okres pobierania renty: (dot. renty na czas określony) od .....do.....
3. Posiadam / nie posiadam \* orzeczenie o niepełnosprawności / niezdolności \* do pracy w stopniu ....., okres przyznania od ..... do .....
4. Jestem / nie jestem \* osobą prowadzącą działalność gospodarczą /osobą współpracującą \* i odprowadzam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne.  
 wnoszę o objęcie obowiązkowymi ubezpieczeniami na czas trwania umowy zlecenie (zgodnie z art. 9 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych);  
 profil działalności nie jest zbieżny z treścią zawartej umowy zlecenie.
5. Jestem / nie jestem\* studentem / uczniem\*.
6. Przebywam / nie przebywam\* na urlopie:  
 wychowawczym do dnia .....  
 bezpłatnym do dnia .....  
 macierzyńskim / rodzicielskim do dnia .....  
 ojcowskim w okresie .....
7. Pobieram / nie pobieram\* zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego (dotyczy osoby przebywającej na urlopie wychowawczym, z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży).
8. Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami: emerytalnym, rentowym, chorobowym\*.

\*właściwe podkreślić

Wyżej wymienione dane osobowe są objęte ochroną prawną na podstawie przepisów Rozporządzenia 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) (RODO).

Zobowiązuję się do powiadomienia Urzędu Miejskiego w Gliwicach o wszelkich zmianach, dotyczących powyższych danych w terminie do 3 dni od dnia zaistnienia zdarzenia. Przyjmuję do wiadomości, iż brak terminowego powiadomienia o zmianach podlega karze grzywny o której mowa, w art. 193 do 195 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.). Oświadczam, że mam prawo do wglądu oraz zmiany moich danych osobowych.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis