

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Dział Płac

Oświadczenie Zleceniobiorcy dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego:

Nazwisko Imię/Imiona

Data urodzenia Pesel

Nr kontaktowy / adres e-mailowy do Zleceniobiorcy

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

Jestem: emerytem: tak nie

rencistą: tak nie

pracownikiem WUM: tak nie

Stopień niepełnosprawności

0 – BEZ UBEZPIECZEŃ **wybiera:**

- uczeń szkoły ponadpodstawowej lub student, który nie ukończył 26 lat i posiada aktualną legitymację szkolną/studencką, nr. Legitymacji data ważności od do
Nie dotyczy studiów doktoranckich.

1 - ZDROWOTNE **wybiera osoba, która:**

- jest zatrudniona poza WUM na podstawie umowy o pracę i osiąga miesięcznie co najmniej minimalne wynagrodzenie brutto ze stosunku pracy w danym roku kalendarzowym, lub
- wykonuje pracę nakładczą, umowę zlecenia lub agencyjną i z tego tytułu odprowadza składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe potrącane co najmniej od minimalnego wynagrodzenia brutto, lub
- prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu odprowadza składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe potrącane co najmniej od minimalnego wynagrodzenia brutto, lub
- jest emerytem/rencistą, który odprowadza składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe potrącane co najmniej od minimalnego wynagrodzenia brutto z innego tytułu niż emerytura/renta

2 – DOBROWOLNE EMERYTALNE/RENTOWE + WYPADKOWE + ZDROWOTNE **wybiera osoba, która:**

- posiada inny tytuł ubezpieczenia (np.: umowa zlecenie, umowa agencyjna, umowa o pracę) niż obecnie zawierana umowa zlecenie z WUM i z tego tytułu odprowadza składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe potrącane co najmniej od minimalnego wynagrodzenia brutto, ale osoba ta chce dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego;

3 – OBOWIĄZKOWE EMERYTALNE/RENTOWE + WYPADKOWE + ZDROWOTNE **wybiera osoba, która:**

- nie posiada innego tytułu ubezpieczenia (np.: umowa zlecenie, umowa agencyjna, umowa o pracę) niż obecnie zawierana umowa zlecenie z WUM i z tego tytułu nie odprowadza składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe potrącane co najmniej od minimalnego wynagrodzenia brutto, lub
- jest emerytem/rencistą, który nie posiada innego tytułu do ubezpieczeń

3a – DOBROWOLNA CHOROBY **TAK** **NIE**

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek:

- 1) 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,
- 2) wyrażam zgodę na potrącenia powyższych należności z wypłacanego mi w przyszłości wynagrodzenia.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

POUCZENIE

Zgodnie z art. 75 § 2 ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego(Dz.U. 2018 poz. 2096) jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone **pod rygorem** odpowiedzialności za fałszywe zeznania. Przepis art. 83 § 3 stosuje się odpowiednio. Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U 2019r. poz. 1950 j.t..) kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 mcy do lat 8 lat. § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
Data i podpis Zleceniobiorcy

Informacji w sprawie sposobu wypełnienia oświadczenia udziela Dział Płac, telefon: (22) 57-20-426; (22) 57-20-454