Załącznik nr 4 do formularza oferty

………………………………………………………………..

Nazwisko i imię

**OŚWIADCZENIE\***

1. Pozostaję w stosunku pracy: **tak/nie**\*\* (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).

 ............................................................................................................................................................................................................................

1. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy jest **niższa/wyższa**\*\*
od minimalnego wynagrodzenia.
2. **Przebywam/nie przebywam\*\*** na urlopie bezpłatnym w okresie od ................................... do ……..........................

 **Potwierdzenie pracodawcy co do pkt 1-3:**

 ………………………………………………………………………………………………………………………………..……..……………….

(data, miejsce, pieczątka, podpis i pieczątka imienna osoby potwierdzającej)

1. Prowadzę działalność gospodarczą od dnia .........................................................................................................................................
2. Oprócz zawieranej umowy zlecenia **mam/nie mam**\*\* zawartą umowę zlecenia z innym niż Uniwersytet Jagielloński zleceniodawcą, w okresie od ............................................................. do .........................................................................
3. **Przebywam/nie przebywam\*\*** na urlopie **macierzyńskim/wychowawczym**\*\* w okresie od .......................................... do .....................................................
4. Jestem emerytem, rencistą: **tak/nie\* \***

 **Emeryt\*\***

**Rencista: renta z tytułu niezdolności do pracy** (podać stopień: ………………………......……………..........) **renta rodzinna; inne**……………………………………………….……\*w okresie od …………………... do ……….…….

1. **Posiadam/nie posiadam\*\*** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności ……………………………….. (podać stopień: ……………………………….) w okresie od ………………………….…… do …………………….……………..
2. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem I lub II stopnia: **tak/nie**\*\* (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni wraz z kierunkiem)

 ...........................................................................................................................................................................................................................

1. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak/nie**\*\*.
2. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalno- rentowym: **tak/nie\*\***

Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tych zmian obciążają Zleceniobiorcę.