



Załącznik nr 17 do Instrukcji wprowadzonej zarządzeniem organizacyjnym
Prezydenta Miasta Gliwice nr 88/07 z dnia 30 października 2007 r.

Oznaczenie sprawy: ZA.271.68.2020

Załącznik nr 14 do SIWZ
(załącznik nr 7 do umowy)

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 zamieszkania

(wpisać jeżeli jest inny niż zameldowania)

ten adres należy podać w druku PIT do
Urzędu Skarbowego

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

adres zameldowania

ten adres należy podać w druku PIT do
Urzędu Skarbowego

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

adres do korespondencji

(wpisać jeżeli jest inny niż zamieszkania)

województwo	
mięscowość	
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) oddo.....

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 (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.) Oświadczam, że mam prawo do wglądu oraz zmiany moich danych osobowych.

.....
miejsowość, data

.....
podpis