

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dane OFERENTA dla celów zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz realizacji obowiązków podatkowych:

1. Imię i Nazwisko:

.....

2. Drugie imię: (jeśli wpisane w dowodzie osobistym)

.....

3. Nazwisko rodowe:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. PESEL:NIP:

6. Urząd Skarbowy (nazwa i adres):

.....

7. Seria i nr dowodu:Obywatelstwo:

8. Informacja o uprawnieniach do pobierania:

- Emerytury: tak / nie * - Renty: tak /nie*

9. Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności: jeśli tak :

- a) Mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- b) Mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- c) Mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

10. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

11. Miejsce zatrudnienia w czasie trwania umowy w Szpitalu Wolskim, tj. w okresie od dnia 13 lutego 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. - nazwa i adres pracodawcy lub innego zleceniodawcy u którego są odprowadzane składki na ubezpieczenie emerytalno - rentowe):

.....

12. Czy oferent jest studentem do 26-go roku życia:

13. Adres zameldowania:

◆ Kod pocztowy:Miejscowość:

◆ Gmina:Ulica:

◆ Nr domu:Nr lokalu:Telefon:

14. Adres zamieszkania:

- ◆ Kod pocztowy:Miejscowość:
- ◆ Gmina:Ulica:
- ◆ Nr domu:Nr lokalu:Telefon:

15. Czy oferent wnosi o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem:

- emerytalnym – tak / nie* rentowym – tak / nie*
- chorobowym – tak / nie*

Dla oferentów zatrudnionych poza Szpitalem Wolskim lub wykonujących umowę zlecenia u innego pracodawcy lub zleceniodawcy.

Oświadczam, że moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w macierzystym zakładzie pracy/ umowy-zlecenia, która jako pierwsza rodziła obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, otrzymane w okresie wykonywania umowy dla Szpitala Wolskiego, tj. od dnia 13 lutego 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. w przeliczeniu na okres jednego miesiąca nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez akty wykonawcze wydane na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200 poz. 1679 z późn. zm.), tj. kwoty 1 500,00 zł.*

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
data i podpis oferenta

* niepotrzebne skreślić