

OŚWIADCZENIE

(wypełnia Oferent przystępujący do postępowania konkursowego **jako osoba fizyczna**)

Dane Oferenta dla celów do zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozliczenia z Urzędem Skarbowym.

1. **Imię i Nazwisko:**

.....

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

.....

3. Nazwisko rodowe:.....

4. Data urodzenia:..... Miejsce 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 orzeczonego 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 Grochowskim, tj. w okresie od dnia r. do 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. Nie pracuję/ nie jestem zarejestrowana/y/ jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y/ ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.....

14. Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

.....

15. Adres zameldowania:

◆ Kod pocztowy:Miejscowość:.....

◆ Gmina:Ulica:

◆ Nr domu:Nr lokalu:Telefon:

16. Adres zamieszkania:

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

W przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż zameldowania proszę o wskazanie adresu do korespondencji:.....

17. Wnoszę o objęcie **dobrowolnym** ubezpieczeniem?

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

18. Proszę o przesłanie na konto / wypłatę gotówką *

w banku

nr konta.....

Dla Oferentów zatrudnionych również poza Szpitalem Grochowskim lub wykonujących inną 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 niniejszej umowy zlecenia dla Szpitala Grochowskiego, tj. od do roku w przeliczeniu na okres jednego miesiąca **nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia** określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200 poz. 1679 z późn. zm.).

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

Zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego poinformowania Szpitala Grochowskiego o wszelkich zmianach dotyczących niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu nie dotrzymania niniejszego zobowiązania.

.....
data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*