

Załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie ofert

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej/rehabilitacji medycznej dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrawisko Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Krynicy-Zdroju.

Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym

Oświadczam że:

1. Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu osobiście opłacam składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.
2. Posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę i uzyskiwania z tego tytułu co najmniej minimalnego wynagrodzenia.
3. Jestem emerytem (rencistą) i posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę.
4. Jestem emerytem (rencistą) i posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy zlecenia zawartej z innym podmiotem.
5. Nie posiadam tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego

Należy zaznaczyć (podkreślić) jedną odpowiedź

W przypadku zawarcia umowy, o wszelkich zmianach w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić Udzielającego Zamówienia.

Miejscowość i data

.....
(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

Uwaga:

Osoby, które zaznaczyły punkt 2 lub 3 lub 4 dokonują zgłoszenia do ubezpieczeń w Dziale kadrowo-administracyjnym.

