

Znak sprawy: 26/NSU/2024

Załącznik nr 3 do SWKO

Przedmiot konkursu: udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrawisko-Rehabilitacyjnym SPZOZ 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, data

.....
podpis i pieczęć imienna Oferenta

Uwaga:

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