

**Warszawski Uniwersytet Medyczny
Dział Kadr i Płac**

OŚWIADCZENIE

dotyczące danych do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego /ZUS/ z tytułu umowy zlecenia

1. Imię i nazwisko.....data ur.

2. PESEL.....kod NFZ.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Nr telefonu kontaktowego /adres e-mail.....

5. Jestem zatrudniony w innym niż WUM zakładzie pracy i osiągam wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę w kwocie równej lub wyższej niż minimalne wynagrodzenie obowiązujące w danym roku kalendarzowym:
tak **nie**

- **jeżeli tak** - przystępuję do ubezpieczenia zdrowotnego - **obowiązkowo**
oraz dobrowolnie do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego: **tak** **nie**

- **jeżeli nie** - przystępuję do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego, wypadkowego, zdrowotnego-
obowiązkowo
oraz dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego: **tak** **nie**

6. Osiągam wynagrodzenie z tytułu innej umowy zlecenia (poza WUM), od której odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne: **tak** **nie**

- **jeżeli tak** - przystępuję do ubezpieczenia zdrowotnego- **obowiązkowo**
oraz dobrowolnie do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego: **tak** **nie**

- **jeżeli nie** - przystępuję do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego, wypadkowego, zdrowotnego-
obowiązkowo
oraz dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego: **tak** **nie**

7. Jestem emerytem: **tak** **nie**

8. Jestem emerytem i zawarłem umowę zlecenia (inną niż z WUM), od której odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne: **tak** **nie**

a) jeżeli **tak**: podlegam obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu
b) jeżeli **nie**: podlegam obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu

9. Jestem rencistą: **tak** **nie**

10. Data nabycia prawa do emerytury/renty.....

11. Jestem uczniem/studentem do lat 26: **tak** **nie**
- **jeżeli tak**, załączam kserokopię **ważnej** legitymacji szkolnej/studenckiej.

13. Prowadzę działalność gospodarczą, od której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne: **tak** **nie**

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o wszystkich zmianach dotyczących mojego statusu, określonego w niniejszym oświadczeniu.

.....
Data i podpis zleceniobiorcy