Numer referencyjny: RIM.271.11.2025

Załącznik nr 10 do SWZ

**Oświadczenie zleceniobiorcy do celów ubezpieczeń społecznych  
 i ubezpieczenia zdrowotnego**

**Składając ofertę na realizację zamówienia publicznego pn.** **„Realizacja zajęć dodatkowych i warsztatów” realizowanych w projekcie *Liczy się każde dziecko! Edukacja włączająca w Gminie Miejskiej Słupca* w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027 projekty konkursowe Spotkania z teatrem o tematyce zapobiegania dyskryminacji**

Ja, niżej podpisany/a ………………………………… Oświadczam, że (*właściwe zaznaczyć znakiem X):*

* Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę i z tego tytułu osiągam przychód   
  w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie,
* Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.
* Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i jednocześnie jestem zatrudniony   
  na podstawie umowy o pracę w ……………………………………………………………, i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niżej niż minimalne wynagrodzenie,
* Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej, do której stosuje się przepisy o zleceniu, i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niżej niż minimalne wynagrodzenie,
* Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,

Czy zakres wykonywanej usługi prowadzenia szkoleń wchodzi w zakres wykonywanej działalności gospodarczej? TAK / NIE\*

* Jestem ubezpieczony jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność gospodarczą,
* Jestem uczniem / studentem szkoły ………………………………………………………...  
  i nie ukończyłem 26. roku życia, i wnoszę / nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.
* Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą objętą obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym (podać nazwę firmy)
* Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym/bezpłatnym\*) w okresie ……………………………………………………………………………………………………………….

Wnoszę / nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

O wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się

powiadomić Zleceniodawcę niezwłocznie.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………. (miejscowość, data) | *Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym* |

\*) *niepotrzebne skreślić*