### 

Numer referencyjny postępowania

**SZP/P-PU/03/2023 ABM**

**Załącznik nr 6 do WZ**

**Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY   
DLA CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Oświadczam, iż jestem zatrudniony/a w (wskazać nazwę Pracodawcy, jeżeli dotyczy):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… na podstawie umowy o pracę. Z tego tytułu kwota mojego wynagrodzenia **przekracza/   
nie przekracza\*** kwoty najniższego wynagrodzenia, tj. **3 600,00 zł brutto,** w związku  
 z powyższym w przypadku wybrania złożonej przeze mnie oferty **wnoszę / nie wnoszę\*** o objęcie mnie **ubezpieczeniem społecznym (ZUS ZUA) / zdrowotnym (ZUS ZZA)\*** z tytułu zatrudnienia na umowę cywilnoprawną (umowa zlecenie) w eksperymencie badawczym.

*Dokument podpisany elektronicznie*

*\* niepotrzebne skreślić*