



Załącznik Nr 5

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM**

Nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Miejscowość: ..... Data: .....

W związku ze złożeniem oferty na: Świadczenie usług specjalistycznych: usługi psychologiczne/usługi prawne/ prowadzenia grup wsparcia w świetlicy środowiskowej w ramach projektu „Klimontowska świetlica środowiskowa” **oświadczam, że nie jestem powiązana/y** osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe Zamawiającego z Wykonawcą rozumie się w szczególności na:

- a) uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadanie co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- c) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....

**(data i czytelny podpis wykonawcy)**





Załącznik Nr 6

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

**Kwestionariusz osobowy Zleceniobiorcy**

|                |   |                            |  |
|----------------|---|----------------------------|--|
| Nazwisko:      |   | Data urodzenia:            |  |
| Imię pierwsze: |   | Miejsce urodzenia:         |  |
| Imię drugie:   | - | NIP:                       |  |
| Imię ojca:     |   | Nr PESEL:                  |  |
| Imię matki:    |   | Seria i nr dow. osobistego |  |

Adres zameldowania

|                  |  |              |  |                |  |
|------------------|--|--------------|--|----------------|--|
| Ulica:           |  | Nr domu:     |  | Nr mieszkania: |  |
| Kod pocztowy:    |  | Pocztą:      |  |                |  |
| Miejscowość:     |  | Powiat:      |  |                |  |
| Gmina/Dzielnica: |  | Województwo: |  |                |  |

Adres do korespondencji

|                                              |  |              |  |                |  |
|----------------------------------------------|--|--------------|--|----------------|--|
| Ulica:                                       |  | Nr domu:     |  | Nr mieszkania: |  |
| Kod pocztowy:                                |  | Pocztą:      |  |                |  |
| Miejscowość:                                 |  | Powiat:      |  |                |  |
| Gmina/Dzielnica:                             |  | Województwo: |  |                |  |
| Nazwa urzędu skarbowego                      |  |              |  |                |  |
| Oddział NFZ                                  |  |              |  |                |  |
| Rachunek bankowy - nazwa banku / nr rachunku |  |              |  |                |  |

**Oświadczam**, że dane zawarte w kwestionariuszu zgodne są z wpisami w moim dowodzie tożsamości oraz innymi odpowiednimi dokumentami,





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

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 niższej 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 niższej niż minimalne wynagrodzenie,
- ☐ Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,

Czy zakres wykonywanej usługi specjalistycznej 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.

.....

(data i podpis zleceniobiorcy)

