###

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*