**Formularz Informacyjny Wykonawcy**

Lilly wprowadziła poniższe dane na podstawie uprzednio otrzymanych od Pana/Pani informacji. Prosimy o odręczne naniesienie poprawek lub uzupełnienie brakujących informacji, oraz o podpisanie tych poprawek lub uzupełnień.

|  |  |
| --- | --- |
|  | <<Today\_\_s>> |
| <<Account\_MERC\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_MERC\_Name>>  <<Form\_HCOInstitution>>  <<Address\_GLBL\_Line\_1\_Adrs\_Txt\_GLBL>>  <<Address\_GLBL\_Line\_2\_Adrs\_Txt\_GLBL>>  <<Address\_GLBL\_Zip\_Postal\_Code\_GLBL>> <<Address\_GLBL\_City\_GLBL>>  <<Address\_GLBL\_Adrs\_Cntry\_Cd\_GLBL>> | |

**Płatność i Przelew**

Dane Odbiorcy Płatności: <<Payee\_MERC\_Name>>

Adres Odbiorcy Płatności: <<Payee\_MERC\_Payee\_Street\_MERC>>

<<Payee\_MERC\_Payee\_Zip\_Postal\_Code\_MERC>>

<<Payee\_MERC\_Payee\_City\_MERC>>

<<Payee\_MERC\_Payee\_State\_Province\_MERC>>

NIP albo PESEL: <<Payee\_MERC\_VAT\_ID\_MERC>>

<<Payee\_MERC\_Tax\_Id\_MERC>>

Sposób płatności: **PRZELEW**

Nr rachunku bankowego <<Payee\_MERC\_Bank\_IBAN\_MERC>>

Pełny numer konta [dwucyfrowy numer kierunkowy, ośmiocyfrowy numer kierunkowy banku i numer rozliczeniowy rachunku]

**Dane do rozliczęń publiczno prawnych**

URZĄD SKARBOWY: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

Kod pocztowy Miejscowość Ulica Nr lokalu

*NAZWA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_*

**PODSTAWA WYŁĄCZENIA Z OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

**[\* wstaw X w odpowiednie pole]:**

Prowadzę własną działalność gospodarczą i z tego tytułu odprowadzam składki na ubezpieczenia społeczne a zakres przedmiotowy prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie jest zgodny z podpisana przeze mnie umową zleceniem / umową o dzieło

Informuję, że jestem zatrudniony[a] na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy niż Lilly, a moje wynagrodzenie z umowy o pracę jest równe lub większe niż kwota najniższego wynagrodzenia

Jestem studentem [ką] w wieku do ukończenia 26 lat lub uczniem/ uczennicą szkoły ponadpodstawowej [nr leg. Szkolnej lub studenckiej]

Świadczę usługi na podstawie INNEJ umowy zlecenia na rzecz INNEGO zleceniodawcy niż Eli Lilly Polska i odprowadzam już składkę ZUS z tytułu umowy zlecenia, a podstawa do naliczania składek na ubezpieczenia społeczne jest równa lub większa niż kwota najniższego wynagrodzenia

I JEDNOCZEŚNIE NIE WNOSZĘ O OBJĘCIE MNIE DOBROWOLNYMI UBEZPIECZENIAMI SPOŁECZNYMI

**Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne**

NIE SPEŁNIAM ŻADNEGO Z PODANYCH WYŻEJ WARUNKÓW I TYM SAMYM PODLEGAM OBOWIĄZKOWYM

UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM

A ponadto, chcę nie chcę ubezpieczyć się dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym

**Oświadczenie**

**W przypadku zmiany danych w trakcie trwania umowy zlecenia, poinformuję Lilly o zaistniałych zmianach w ciągu 2 dni roboczych. Upoważniam pracowników Lilly do przesyłania właściwych deklaracji zgłoszeniowych do ZUS na podstawie kwestionariusza zleceniobiorcy. Niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem, że wszystkie dane i podane wyżej informacje są rzetelne i prawdziwe według stanu na dzień wypełnienia.**