**DANE OSOBOWE
i OŚWIADCZENIE do celów UBEZPIECZENIOWYCH ZUS**do zawarcia umowy zlecenia

Nazwisko:

Imiona 1:.......................... , 2:

Data urodzenia:

Nr indentyfikacyjny w ZUS - PESEL:.....................................

Nr indentyfikacyjny w US - PESEL/NIP \*: ……………........……….
\* NIP proszę podać jedynie w przypadku spełnienia warunków ustawowych do stosowania tego identyfikatora,
 np. prowadzenia działalności gospodarczej i/lub bycia zarejestrowanym podatnikiem VAT czynnym

Seria i numer dowodu osobistego (jeśli brak PESEL):

Oddział NFZ .......................

Urząd Skarbowy (nazwa): ....................

Adres mail (do kontaktu i wysyłki deklaracji PIT):

Adres zamieszkania (do celów podatkowych):

Kraj: .......................... Województwo:

Powiat: Gmina: ..........................................

Ulica: ................................................. Nr domu: ..... Nr mieszkania: .......

Kod pocztowy: ............... Miejscowość:

Adres do korespondencji (wpisać tylko jeśli inny niż adres zamieszkania):

Kraj: .......................... Województwo:

Powiat: Gmina: ..........................................

Ulica: ................................................. Nr domu: .......... Nr mieszkania: ........

Kod pocztowy: .................... Miejscowość:

Nr konta bankowego: ....................

Strona 1 z 4.

Jako Zleceniobiorca oświadczam, że:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Jestem jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej,**  | **TAK / NIE** |
| - moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:co najmniej minimalne wynagrodzenie (tj w 2022 roku: 3.010,00 zł), | TAK / NIE |
| - przebywam na urlopie bezpłatnym,od ……………….…….. do …………………………. | TAK / NIE |
| - przebywam na zwolnieniu lekarskim,od ……………….…….. do …………………………. | TAK / NIE |
| - przebywam na urlopie wychowawczym, macierzyńskim, rodzicielskim, okres i typ url.: …………………………….………………………… | TAK / NIE |
| **2.** | **Oprócz umowy zlecenia z Wami, podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innej umowy zlecenia** od dnia ........ do dnia ..........,  | **TAK / NIE** |
| moje wynagrodzenie miesięczne kwocie brutto wynosi:co najmniej minimalne wynagrodzenie (tj w 2022 roku: 3.010,00 zł), | TAK / NIE |
| **3.** | **Jestem już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej**  | **TAK / NIE** |
| - zakres umowy pokrywa się z zakresem prowadzonej działalności gospodarczej | TAK / NIE |
| - opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia | TAK / NIE |
| - opłacam standardowe składki - od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego | TAK / NIE |
| **4.** | **Jestem emerytem / rencistą** - nr świadczenia ZUS ............................................... | **TAK / NIE** |
| **5.** | **Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem** **i nie ukończyłam/łem 26 lat.**Nazwa Uczelni ....................................................................................... | **TAK / NIE** |
| **6.** | **Jestem doktorantem, mam prawo do stypendium doktoranckiego** | **TAK / NIE** |
| Stypendium wypłacane w miesiącu którego dotyczy wypłata zlecenia jest równe co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu (tj. 3.010,00 zł brutto) | TAK / NIE |
| **7.** | Mam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.Stopień niepełnosprawności:  - lekki / umiarkowany stopień / znaczny | **TAK / NIE** |

Strona 2 z 4.

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy, jeśli jest taka możliwość

|  |  |
| --- | --- |
| Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu | **TAK / NIE** |
| Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu | **TAK / NIE** |

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę/Zamawiającego na piśmie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ...............................data  | ...............................podpis wykonawcy/zleceniobiorcy |

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osób fizycznych będących stroną umów cywilnoprawnych**

Informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

....................................................................

....................................................................

....................................................................

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi, w tym realizacji swoich praw, proszę się kontaktować na adres e-mail:

......................................................................

Dane będą przetwarzane wyłącznie w celach związanych z realizacją zawartej umowy i zobowiązań z niej wynikających. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO), czyli w celu wykonania umowy lub podjęcia działań przed zawarciem takiej umowy oraz 6 ust. 1 lit. c do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.

Strona 3 z 4.

W tym celu przetwarzamy następujące dane: imiona, nazwisko, data urodzenia, Pesel, NIP, seria i numer dowodu osobistego, adres zamieszkania, email, numer konta bankowego, wynikające z kwestionariusza danych osobowych, do którego niniejsza klauzula informacyjna stanowi załącznik.

Podanie Pana/Pani danych jest dobrowolne, jednak brak podania wskazanych danych uniemożliwi zawarcie i wykonanie umowy. Natomiast podanie danych w zakresie niezbędnym do rozliczeń skarbowych oraz zgłoszenia do ubezpieczeń jest obowiązkowe i wynika z przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tj. Dz. U. 2016 r., poz. 1047 ze zm.), ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (tj. Dz.U. 2017 r., poz. 201 ze zm.) i innych przepisów podatkowych, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. 2016 r., poz. 963 ze zm.).

Dane nie będą udostępniane innym podmiotom.

Dane będą przetwarzane do końca realizacji umowy, a następnie mogą być przetwarzane przez okres roszczeń związanych z tym procesem. Pozostałe dane będą przetwarzane w terminach odpowiadających terminom wskazanym w odrębnych przepisach prawa.

Dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy ani organizacji międzynarodowej.

Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania oraz przenoszenia swoich danych.

Administrator informuje, że nie przetwarza Pani/Pana danych w sposób, który prowadzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym ich profilowania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją .. ......................................................

Strona 4 z 4.