**OŚWIADCZENIE**

**Dane personalne dotyczące Zleceniobiorcy / Wykonawcy/Stypendysty**

Nazwisko ......................................................................................................................................

Nazwisko rodowe .........................................................................................................................

IMIONA : 1. ........................................................................... 2. .................................................

Numer dowodu osobistego ...........................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ..............................................................................................................

NR PESEL ...................................................................................................................................

NR NIP .........................................................................................................................................

Który numer identyfikacyjny należy wskazać na druku PIT? – proszę zaznaczyć właściwe pole:

* PESEL
* NIP (dotyczy m.in.: prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS)

OBYWATELSTWO ......................................................... PŁEĆ: Kobieta / Mężczyzna

(niepotrzebne skreślić)

**ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA (będący jednocześnie adresem do wykazania na druku PIT)**

gmina/dzielnica.................................... województwo ......................................... powiat………......……

ulica ...................................................................... nr domu .......................... nr mieszkania ....................

kod pocztowy ........................................... miejscowość/poczta ................................................................

numer telefonu……....................................................................................................................................

**pełna nazwa i adres urzędu skarbowego** ………………………….......................................................

**ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zameldowania / zamieszkania)**

gmina/dzielnica...................................... województwo ...................................... powiat……...........……

ulica ....................................................................... nr domu ......................... nr mieszkania ....................

kod pocztowy ............................................ miejscowość/poczta ...............................................................

numer telefonu………………………………………………………………………...……….……........

**DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO**

NAZWA BANKU ……………………………………………………………………………….……....

NUMER KONTA BANKOWEGO …….…………..……………………………………………………

**OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):**

 jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat

(nr legitymacji ........................................................)

 jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi mniej** niż min wynagrodzenie za pracę (min wynagrodzenie w 2019 roku wynosi 2250,00 zł.)

 jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi co najmniej** tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę (min wynagrodzenie w 2019 roku wynosi 2250,00 zł.)

 prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**

 prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia**

 usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych

 jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym

 jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie macierzyńskim

 nie posiadam innych tytułów do ubezpieczeń społecznych

 jestem emerytem/rencistą (nr świadczenia ………………………………………………….)

 legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu ……………….…………..)

 wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

**NALEŻĘ DO ZAZNACZONEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:**

**01R** Dolnośląski | **02R** Kujawsko-Pomorski | **03R** Lubelski | **04R** Lubuski | **05R** Łódzki | **06R** Małopolski | **07R** Mazowiecki | **08R** Opolski | **09R** Podkarpacki | **10R** Podlaski |

**11R** Pomorski | **12R** Śląski | **13R** Świętokrzyski | **14R** Warmińsko-Mazurski |

**15R** Wielkopolski | **16R** Zachodniopomorski |

Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę

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

(data) (podpis)

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 5 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

…………………………………………………… ………………………………………………………….

(data) (podpis)

**Ochrona danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Miasto Elbląg z siedzibą przy ul. Łączności 1, 82-300 Elbląg, reprezentowana przez:

Prezydenta Miasta Elbląg.

(Przetwarzanie danych)

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

* zawarcia z Panią/Panem umowy zlecenia i wykonania tej umowy bądź realizacji zawartej uprzednio umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy.
* prowadzenia dokumentacji księgowej i podatkowej – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
* ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrany przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasanionego iteresu administratora; uzasanionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przez roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy. Podanie danych jest konieczne do zawarcia oraz wykonywania umowy zlecenie. Bez podania danych zawarcie oraz wykonywanie umowy nie jest możliwe.

(Okres przechowywnia danych)

Pani/Pana dane osobowe w związku z zawarciem umowy będą przechowywane do momentu wygaśnienia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności przepisów księgowych i prawa podatkowego.

(Przekazywanie danych)

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane mogą być przekazywane podniotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, przy czym podmioty takie przetwarzać będą dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

(Pani/Pana prawa)

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich stosowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Jako, że Pani/Pana dane przetwarzane są w sposób zautomatyzowany na podstawie umowy – przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych, co potwierdzam poniższym podpisem.

……………………………………………………. …………………………………………………………..

(data) (podpis)