



ROs.174 . . 18.

sporządzono umowę nr /18 Uczelnia/Projekt.....

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY / WYKONAWCY DZIEŁA *

I. Dane osobowe i adresowe

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art 6 ust. 1 lit. a) 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r.

Nazwisko [] Imiona 1. [] 2. []

Nazwisko rodowe [] Imię ojca [] Imię matki []

Data urodzenia [] Miejsce urodzenia [] Obywatelstwo []

Tel. [] mail []

Nr i seria dowodu osobistego (Nr karty stałego pobytu -dla obcokrajowców) []

PESEL [] nr NIP (dla osób prowadzących działalność gospodarczą) []

Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy)

nazwa i adres: []

Adres zameldowania

Województwo [] Powiat [] Gmina []

Ulica [] Nr domu [] nr mieszkania [] Miejscowość []

Kod pocztowy [] Poczta []

Adres zamieszkania (gdy adres zamieszkania nie jest tożsamy z miejscem zameldowania)

Województwo [] Powiat [] Gmina []

Ulica [] Nr domu [] nr mieszkania [] Miejscowość []

Kod pocztowy [] Poczta []

Adresem właściwym do korespondencji jest: ☐ zamieszkania ☐ zameldowania

inny []

II. Oświadczam, iż jestem etatowym pracownikiem PWSiP w Łomży/ AZSP przy PWSiP w Łomży*

☐ NIE

☐ TAK

(w przypadku zaznaczenia -TAK- nie należy wypełniać dalszej części oświadczenia)

(data i podpis zleceniobiorcy/wykonawcy dzieła – pracownika PWSiP w Łomży/ASP przy PWSiP w Łomży)



III. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego:

Upoważniam PWSiP w Łomży 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.

1. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla zleceniobiorcy

2. Jestem: **emerytem** ☐ TAK ☐ NIE
rencistą ☐ TAK ☐ NIE

Nr emerytury lub renty

organ wypłacający

3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: ☐ TAK ☐ NIE

jeśli TAK to należy określić stopień niepełnosprawności: ☐ LEKKI ☐ UMIARKOWANY ☐ ZNACZNY

przyznany do dnia

4. Oświadczam, że :

- jestem/ nie jestem * zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas określony/nieokreślony od do ,wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy jest/ nie jest* co najmniej równe minimalnemu wynagrodzeniu krajowemu obowiązującemu w danym roku kalendarzowym,
- przebywam / nie przebywam* na urlopie bezpłatnym oddo.....,
- przebywam / nie przebywam *na urlopie wychowawczym od do,
- przebywam / nie przebywam *na urlopie macierzyńskim, ojcowskim, rodzicielskim od..... do,
- podlegam, / nie podlegam * obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z innej umowy zlecenie w okresie od do.....
od.....do.....

Łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w każdym miesiącu jest/ nie jest* co najmniej równa minimalnemu wynagrodzeniu krajowemu obowiązującemu w danym roku kalendarzowym.

- prowadzę/ nie prowadzę * pozarolniczą działalność gospodarczą. Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam/nie opłacam*składki w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach),
- jestem / nie jestem* uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat,
- wnoszę / nie wnoszę * o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym,
- wnoszę / nie wnoszę * o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Oświadczam, iż wszystkie informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PWSiP w Łomży o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

.....
(data i podpis zleceniobiorcy/wykonawcy dzieła)

*niepotrzebne skreślić

Uwagi Działu Spraw Osobowych: Wpisać termin (dzień-miesiąc –rok) oznaczony w umowie zlecenie jako dzień rozpoczęcia jej wykonywania i zakończenia:

od do

.....
(podpis pracownika Działu Spraw Osobowych)