# Załącznik nr 9 do Zapytania Ofertowego nr ZK/05/PNM/2024

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

NA POTRZEBY POSTĘPOWANIA NR ZK/05/PNM/2024

***DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z TYTUŁU WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA***

**Kod wykonywanego zawodu\*\***2 3 4 2 0 1 - „*kod wykonywanego zawodu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227)"*

nazwisko .............................................................

imiona .............................................................

miejsce urodzenia .............................................................

data urodzenia .............................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DANE DO PIT**

miejsce zamieszkania .................................................. ul.............................................

nr domu …..... nr lok ….....

gmina ……………………………………………….

kod pocztowy …………………………..

powiat ......................................................................

województwo ...................................................................

**urząd skarbowy**, do którego należy zleceniobiorca / wykonawca..........................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

**DANE DO ZUS**

1. Ja niżej podpisany(a), **oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniem społecznym** z tytułu zatrudnienia na podstawie **umowy o pracę** TAK/NIE\* ………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

(Dokładna nazwa i adres zakładu pracy)

I mój przychód z tego tytułu **jest równy lub wyższy** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę - TAK/NIE

1. **Wykonuję umowę zlecenia u innego zleceniodawcy** TAK/NIE

W PRZYPADKU UDZIELENIA ODPOWIEDZI **TAK** oświadczam, że umowa została zawarta na okres od dnia…………….. do dnia…………… Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję /uzyskałam /przychód miesięczny będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (wybrać właściwe):

- w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto – TAK/NIE

- w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto w kwocie ……………

1. Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne TAK/NIE\*

Jeśli odpowiedz brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki:   
(\* - niepotrzebne skreślić)

- min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia (tzw. pełny ZUS)

- 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia (tzw. „preferencyjne składki ZUS”)

1. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę podać okres)   
……………………………………

- na urlopie wychowawczym TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę podać okres)   
……………………………………

- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę podać okres) ……………………………………

1. Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę dostarczyć zaświadczenie z uczelni) .….
2. Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE\*
3. Jestem emerytem TAK/NIE\* ……………………………………
4. Jestem rencistą TAK/NIE\* ………………………………………
5. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE\*

Jeśli odpowiedź brzmi TAK , określić orzeczony stopień niepełnosprawności …………………………

Dodatkowe informacje nie zawarte w ww. informacjach:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przyjmuję do wiadomości, że**:**

1. administratorem moich danych osobowych jest stowarzyszenie Nowe Oblicze Edukacji,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem:

biuro@noweobliczeedukacji.eu

1. moje dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowego zgłoszenia do ubezpieczeń w ZUS i  naliczenia składek podatku dochodowego od osób fizycznych (Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 grudnia 1998 r., Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z 26 lipca 1991 r., Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i  macierzyństwa z 25 czerwca 1999 r.) oraz realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. ,
2. moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
3. moje dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat po ustaniu umowy,
4. przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania,
5. przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących naruszyłoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.,
6. podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże **odmowa podania danych skutkuje odmową zawarcia umowy.**

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych osób, z którymi zapoznałem się przy wykonywaniu umowy.

**Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania stowarzyszenia Nowe Oblicze Edukacji w Kielcach o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.**

Miejscowość..............................................., dnia ............................

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

czytelny podpis wypełniającego

oświadczenie

**POUCZENIE**

**Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że w przypadku podania nieprawdziwych danych lub nie poinformowania o zmianie swojej sytuacji mającej wpływ na obowiązki Zleceniodawcy w zakresie ubezpieczeń społecznych, będzie zobowiązany do pokrycia poniesionej przez Zleceniodawcę z tego tytułu szkody.**

Miejscowość..............................................., dnia ............................

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

czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

Dodatkowe oświadczenie – dobrowolne:

(Wypełnić jedynie w przypadku braku zatrudnienia)

***Oświadczenie***

W związku z zawartą z stowarzyszeniem Nowe Oblicze Edukacji w Kielcach umową zlecenie, **która jest jedynym moim źródłem dochodu** i podleganiu z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym proszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Miejscowość..............................................., dnia ............................

(podpisać jeśli dotyczy)

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

czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

***\* niepotrzebne skreślić***

**\*\* *wypełnia pracownik jednostki/komórki organizacyjnej***