

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

Nazwisko:.....

Imiona 1:....., 2:

Data urodzenia:.....

Nr identyfikacyjny w ZUS - PESEL:

Nr identyfikacyjny 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:

Jako Zleceniobiorca oświadczam, że:

1.	Jestem jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej	TAK / NIE
	- moje wynagrodzenie miesięczne kwocie brutto wynosi: co najmniej minimalne wynagrodzenie (tj w 2025 roku: 4666,00 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 2025 roku: 4666,00 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. 4666,00 zł brutto)	TAK / NIE
7.	Mam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności stopień niepełnosprawności: - lekki / umiarkowany / znaczny	TAK / NIE

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 zleceniobiorcy

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

1. Informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Fabryczna 1.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi, w tym realizacji swoich praw, proszę się kontaktować na adres e-mail: rodo@mokar.com.pl
3. 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. 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.
4. 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. 2023.120 t.j. ze zm.), ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (tj. Dz.U.2023.2383 t.j. ze zm.) i innych przepisów podatkowych, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2024.146 t.j.) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz.U.2024.497 t.j. ze zm.).
5. Dane nie będą udostępniane innym podmiotom.
6. Dane będą przetwarzane do końca realizacji umowy.
7. Dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy ani organizacji międzynarodowej.
8. 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.
9. Administrator informuje, że nie przetwarza Pani/Pana danych w sposób, który prowadzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym ich profilowania.
10. 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