

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

1. Dane osobowe do celów płacowych, podatkowych i ubezpieczeniowych

- nazwisko..... imię.....
- drugie imię.....nazwisko rodowe (w/g aktu urodzenia).....
- data urodzenia.....
- nr PESELobywatelstwostopień niepełnosprawności.....
- okres niepełnosprawności (pobierania renty) od.....do.....
- numer telefonu:.....
- adres zamieszkania (adres do korespondencji): miejscowość.....
- ulica.....nr domu.....nr lokalu.....poczt.....
- gmina/dzielnicapowiat
-województwo.....

2. Nazwa banku i numer konta.....

3. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

4. Oddział Urzędu Skarbowego.....

5. Oświadczam, że *(niepotrzebne skreślić)*:

-jestem studentem (ucznem szkoły ponadpodstawowej) i nie ukończyłem 26 lat

nie / tak

-jestem słuchaczem studium podyplomowego i nie ukończyłem 26 lat

nie / tak

-zostałem absolwentem szkół lub szkół wyższych, który w ciągu ostatnich 90 dni (od dnia zawarcia umowy zlecenia) uzyskał świadectwo ukończenia szkoły lub uzyskał dyplom ukończenia studiów wyższych

nie / tak

-jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w i moje wynagrodzenie miesięczne, które jest podstawą naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne jest równe/wyższe od najniższego wynagrodzenia krajowego (01.01.2025 r. – 4 666 zł.):

nie / tak

-jestem jednocześnie zatrudniony/a od dnia.....do dnia..... na podstawie umowy zlecenie w, od której odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne

nie / tak

a wynagrodzenie miesięczne z tytułu umowy zlecenie jest równe/wyższe od najniższego wynagrodzenia krajowego (01.01.2025 r. – 4 666 zł.):

nie / tak

-jestem emerytem lub rencistą od dnia.....

nie / tak

-jestem emerytem lub rencistą i jednocześnie jestem zatrudniony od dniado dnia..... na umowę zlecenie/ umowę o pracę w

nie / tak

- prowadzę działalność gospodarczą ,od której odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne

nie / tak

6. Proszę o naliczanie podatku dochodowego w/g stawki (zaznacz odpowiednią):

12%

32%

7. Wnoszę o objęcie mojej osoby (zakreśl odpowiednie):

-obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym: **nie / tak**-dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym: **nie / tak**

(podać dzień objęcia ubezpieczeniem):

.....
-dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, a obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym:

nie / tak

-wyłącznie ubezpieczeniem zdrowotnym: **nie/tak**

8. Dane dotyczące członka (członków) rodziny zgłaszanego przez zleceniobiorcę do ubezpieczenia zdrowotnego(dotyczy wyłącznie zleceniobiorcy objętego ubezpieczeniem zdrowotnym):

nazwisko.....imię nr PESEL

rodzaj pokrewieństwa.....stopień niepełnosprawności członka rodziny.....

czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z (pracownikiem) osobą ubezpieczoną:

nie / tak

adres zamieszkania (podać-jeżeli adres członka rodziny, jest inny niż adres zamieszkania zleceniobiorcy)

Oświadczam, że powyższe dane podałem zgodnie ze stanem prawnym i faktycznym, o wszelkich zmianach w/w danych niezwłocznie powiadomię zleceniodawcę.

.....
/miejscowość i data/

.....
/ podpis zleceniobiorcy/

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119. z 4 maja 2016 r.), dalej RODO:

1. Administratorem Danych Osobowych **osób reprezentujących** w Umowie nr zawartej w dniu r. **oraz** **osób** **wyznaczonych** **do** **kontaktów** ze Spółką PCZ w trakcie realizacji tej Umowy jest Spółka PCZ (dalej Administrator).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych, można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@nzozpocz.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6. ust. 1. lit. c) oraz f) RODO w związku z Umową, o której mowa powyżej, w celu właściwego nadzoru nad realizacją jej warunków.
4. Dane osobowe będą mogły być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa a także podmioty, z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, serwisantem).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania Umowy, o której mowa powyżej w pkt 1.
6. Obowiązek podania przez osobę reprezentującądanych osobowych bezpośrednio ją dotyczących jest niezbędnym wymogiem dla zawarcia Umowy, na zasadach przepisów powszechnie obowiązujących.
7. Osobie reprezentującej Stronę Umowy przysługuje prawo żądania od Administratora: uzyskania w jego siedzibie kopii swoich danych osobowych; dostępu do nich; ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18. ust. 2. RODO; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia danych; cofnięcia w dowolnym momencie zgody na ich przetwarzanie; wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania i nie będą przekazywane do państw trzecich.
9. Osobom, o których mowa w pkt 1. przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uznają, że przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Dane osób wskazanych do kontaktu w trakcie realizacji Umowy zostały przekazane Spółce PCZ przez