**DANE DO UMOWY ZLECENIA**

**Nazwa projektu ..........................................................................................................................**

**Dotyczy Umowy (Nr): .................................................................................................................**

**Okres umowy zlecenia ......................... ilość godzin ............. stawka za godzinę .....................**

**Zakres umowy ............................................................................................................................**

**Pozycja w kosztorysie .................................................................................................................**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO UMOWY ZLECENIE Z DNIA …………………………..**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Niniejszym oświadczam, jako Zleceniobiorca tej umowy, że

1. **Nie jestem/jestem\*** zatrudniony(a) na podstawie **umowy o** **pracę/umowy zlecenie\*** w wymiarze **pełnego/niepełnego\*** etatu na czas **nieokreślony/określony\*** od ..................... r. do ..................... r. zawartej z

**..................................................................................................................** i podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne (wynagrodzenie brutto) z ww. stosunku pracy jest **niższe/równe lub wyższe\*** od kwoty najniższego wynagrodzenia brutto ogłoszonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w bieżącym roku.

1. **Nie prowadzę/prowadzę\*** działalność gospodarczą.

Umowę tę **wykonam/nie wykonam\*** w ramach działalności gospodarczej i wystawię **fakturę/fakturę VAT\*.**

Jestem osobą prowadzącą działalność gospodarczą, dla której minimalną podstawę wymiaru składek z tytułu działalności stanowi **60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia / 30% minimalnego miesięcznego wynagrodzenia (preferencyjna)\*.**

1. **Nie jestem/jestem\*** **emerytem/rencistą\*** nr **emerytury/renty\*** znak: .................................. od .........................do............................

Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ ….…………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

1. **Nie jestem/jestem\*** studentem w wieku do ukończenia 26 roku życia, nazwa uczelni ........................................................, data urodzenia…………............nr legitymacji ..............
2. **Nie jestem/jestem\*** doktorantem.
3. **Nie jestem/jestem\*** bezrobotny (a), zarejestrowany (a) w Urzędzie Pracy w ………............. pod numerem ………......, **pobieram/nie pobieram\*** zasiłek dla bezrobotnych.
4. **Nie przebywam/przebywam\*** na urlopie wychowawczym od ................. do ............. .
5. **Nie przebywam/przebywam\*** na urlopie macierzyńskim od .................... do .............
6. **Nie podlegam/podlegam\*** ubezpieczeniu społecznemu rolników

od................Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ...............................................

1. Z tytułu wykonywania tej umowy **podlegam/nie podlegam\*** obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu   
   i rentowemu.
2. **Wnoszę/nie wnoszę\*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.
3. **Wnoszę/nie wnoszę\*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę na piśmie.

Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniałem(am) zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 paragraf 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

\* niepotrzebne skreślić

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

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**DANE ZLECENIOBIORCY:**

NIP:

PESEL:

NAZWISKO:

IMIONA:

NAZWISKO PANIEŃSKIE:

DATA I MIEJSCE URODZENIA:

OBYWATELSTWO:

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA:

Seria i Nr dowodu:

ADRES ZAMELDOWANIA:

MIEJSCOWOŚĆ:

KOD POCZTOWY: POCZTA:

UL. NR DOMU:  NR LOKALU:

WOJEWÓDZTWO: GMINA:

ADRES ZAMIESZKANIA (uzupełnić, jeśli inny niż adres zameldowania)

MIEJSCOWOŚĆ:

KOD POCZTOWY: POCZTA:

UL. NR DOMU:  NR LOKALU:

WOJEWÓDZTWO: GMINA:

URZĄD SKARBOWY:

NAZWA BANKU:

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

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

Data i czytelny podpis Zleceniobiorcy

**KARTA INFORMACYJNA O PRZYSŁUGUJĄCYCH PRAWACH W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  
Na podstawie 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 119/1) – dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych TRATWA  
   z siedzibą przy ul. Probusa 9/4 we Wrocławiu, adres e-mail: biuro@tratwa.org; telefon: +48 71 321 08 71.
2. Pana/Pani dane są przetwarzane w celu wykonania umowy, podstawą ich przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzoru– Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Podanie danych jest dobrowolne i uzyskane bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim tylko w celu realizacji zadań wynikających z przygotowania i realizacji umowy. Odbiorcami danych mogą być również instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe zgromadzone w celu zawarcia i realizacji umowy, będą przechowywane przez Administratora w czasie jej realizacji oraz przez okres 10 lat czyli w czasie wymaganym przez organy kontrolne Państwa w szczególności ZUS i US.
9. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Przyjmuję do wiadomości:

Wrocław, …………………………..

(data) (czytelny podpis)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych TRATWA z siedzibą przy ul. Probusa 9/4 we Wrocławiu, związane z udziałem w projekcie realizowanym w ramach Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Rozporządzeniem 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 (RODO) - od rozpoczęcia stosowania.

Mam prawo do wglądu do danych osobowych, ich zmiany i usunięcia oraz wycofania zgody na ich przetwarzanie.

Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres Centrum ds. Katastrof   
i Klęsk Żywiołowych TRATWA - biuro@tratwa.org, spod adresu, którego zgoda dotyczy.

Wrocław, …………………………..

(data) (czytelny podpis)