**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 ZLECENIA**

Imię i nazwiskoAdres zamieszkania

**Niniejszym oświadczam, jako Zleceniobiorca tej umowy, że**

1. Jestem/nie jestem\* zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę / umowy zlecenia\* w wymiarze ………………etatu na czas nieokreślony/określony\* od ………….do …………………..zawartej z  **………………………………………………………………………..……………..**i podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne (wynagrodzenie brutto) z w/w stosunku pracy jest **niższe / równe-wyższe\*** od kwoty najniższego wynagrodzenia brutto ogłoszonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w bieżącym roku (3010 zł brutto).
2. Prowadzę / nie 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)\*.

Nazwa, adres i NIP prowadzonej działalności:……………………………………………………………………………………………………………………….

1. Jestem emerytem / rencistą \* nr emerytury/ renty Znak: .................................. od .........................do............................
Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ ….…………………………………………..………………………………………………………………………………………………………
2. Posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

□ znaczny stopień niepełnosprawności;
□ umiarkowany stopień niepełnosprawności;
□ lekki stopień niepełnosprawności.

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

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

1. Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym/ obowiązkowym\* ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.
2. Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.
3. **PPK** –zleceniobiorca, który obowiązkowo podlega ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu jest objęty PPK. Jeśli wobec powyższego Zleceniobiorca podlega tym ubezpieczeniom czy chce/nie chce\* być objęty PPK.

W przypadku rezygnacji proszę o wypełnienie oświadczenia – załącznik do niniejszego oświadczenia.

1. Wnoszę /nie wnoszę\* o niepobieranie zaliczki PIT z tytułu zawartej umowy zlecenia. W przypadku wniosku o niepobieranie oświadczam, iż nie osiągam dochodu rocznego w wysokości pow. 30 000 zł oraz nie osiągam innych dochodów,
* obliczane są z uwzględnieniem pomniejszenia, o którym mowa w art. 32 ust. 3 updof, tj. z uwzględnieniem kwoty zmniejszającej podatek, która w 2022 r. wynosi miesięcznie 425 zł (5.100 zł : 12), lub
* są opłacane na podstawie art. 44 ust. 3 updof; chodzi tu o zaliczki miesięczne wpłacane przez przedsiębiorców, którzy firmowe dochody opodatkowują według skali podatkowej.

**Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę na piśmie.** Jeśli Zleceniobiorca nie poinformuje o zmianach, dane z oświadczenia są ważne w terminie realizacji umowy i do momentu (miesiąca) wypłaty całkowitego wynagrodzenia z tytułu zawartej umowy.

Oświadczam, iż posiadam odpowiednie kwalifikacje do wykonania zawartej umowy. 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 podpis osoby składającej oświadczenie

**DANE ZLECENIOBIORCY:**

PESEL:

NAZWISKO:

IMIONA:

NAZWISKO PANIEŃSKIE:

DATA I MIEJSCE URODZENIA:

OBYWATELSTWO:

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA:

Seria i Nr dowodu osobistego**:**

ADRES ZAMELDOWANIA:

MIEJSCOWOŚĆ:

KOD POCZTOWY:POCZTA:

UL.  NR DOMU: NR LOKALU:

WOJEWÓDZTWO: GMINA:

ADRES ZAMIESZKANIA (należy uzupełnić, jeśli jest inny od adresu zameldowania):

MIEJSCOWOŚĆ:

KOD POCZTOWY:POCZTA:

UL.  NR DOMU: NR LOKALU:

WOJEWÓDZTWO: GMINA:

URZĄD SKARBOWY:

NAZWA BANKU:

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

 ………………….……..................................

podpis Zleceniobiorcy

**INFORMACJA DLA WSPÓŁPRACOWNIKA Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych „Tratwa” 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, 50-242 Wrocław, adres e-mail: biuro@tratwa.org tel. [71](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJzj4tZP1zcsScs1TS4vNmC0UjWoMDE3SEtNNEg2MjdLMzAxSbEyqEgzMTFLSrYwSExKMTU0M0zykisuyS9PLKqqLK5KzctMVSgpSiwpT1QoL8pPPtqUWA4AO1scBw&q=stowarzyszenie+tratwa+wroc%C5%82aw&oq=stowarzyszenie+tratwa+&aqs=chrome.1.69i57j46i39i175i199j0i512j46i175i199i512j0i22i30l3j0i15i22i30l2.6852j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8) 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

**Informujemy, że Pani/Pana\* dane osobowe są/~~będą~~\* przetwarzane przez Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych „Tratwa” w zbiorach danych osobowych wyłącznie w celach: kadrowo - płacowych, podatkowych, ubezpieczeniowych i sprawozdawczych.**Podanie danych jest dobrowolne na podstawie przepisów określonych prawem (ustawa z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 2002/101/926 – tekst jednolity z późniejszymi zm.).

W rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych, administratorem zbioru danych, których przetwarzane są/będą\* Pani/Pana\* dane osobowe jest Prezes Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych „Tratwa”.
Równocześnie informujemy, że ma Pani/Pan\* prawo do kontroli treści danych osobowych, prawo ich poprawiania a także w przypadkach określonych w art. 32 ust. 1 pkt 7 i 8 Ustawy, prawo wniesienia umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub wobec przekazywania danych innemu administratorowi danych osobowych.

\* niepotrzebne skreślić

 ..................................................
 czytelny podpis Zleceniobiorcy

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 23 ust.1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jedn.: DzU 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.), dalej ustawa o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Zgoda udzielona jest do przetwarzania danych oraz ich udostępniania w niżej podanym celu i zakresie.

**Zakres danych – dane osobowe:**

- imię i nazwisko, dane osobowe
- adres zameldowania i zamieszkania,
- data i miejsce urodzenia,
- PESEL,
- NIP,
- nr i seria dowodu osobistego,
- miejsce zatrudnienia
- nr rachunku bankowego.

**Cel przetwarzania do celów:**
- kadrowo - płacowych,
- podatkowych,
- ubezpieczeniowych,
- sprawozdawczych.

Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych oświadczam, że zostałem poinformowany, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Prezes Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych „Tratwa”

we Wrocławiu,

1. dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym wyżej celem,
2. dane będą udostępniane wyłącznie podanym odbiorcom,
3. przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania,
4. dane podaję dobrowolnie.

Wrocław …………………………..……… ………………………………………

 data czytelny podpis Zleceniobiorcy

### Załącznik

### DEKLARACJA O REZYGNACJI Z DOKONYWANIA WPŁAT DO PRACOWNICZYCH PLANÓW KAPITAŁOWYCH (PPK)

Deklarację należy wypełnić wielkimi literami.

|  |
| --- |
| 1. **Dane dotyczące uczestnika PPK**
 |
| 1. **Nazwa podmiotu zatrudniającego**

Centrum ds. Katastrof i Klęsk Żywiołowych „Tratwa” |
| 1. **Oświadczenie uczestnika PPK**
 |
| Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK oraz posiadam wiedzę o konsekwencjach złożenia niniejszej deklaracji, w tym:1. nieotrzymania wpłaty powitalnej w wysokości 250 zł, należnej uczestnikom PPK (dotyczy uczestnika PPK, który nie nabył uprawnienia do wpłaty powitalnej przed złożeniem deklaracji);
2. nieotrzymywania dopłat rocznych do PPK w wysokości 240 zł, należnych uczestnikom PPK po spełnieniu warunków określonych w art. 32 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. poz. 2215, z późn. zm.);
3. nieotrzymywania wpłat podstawowych finansowanych przez podmiot zatrudniający w wysokości 1,5% wynagrodzenia.

  ……………………………………………..…… data i podpis uczestnika PPK …………………………………………………… data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu |

**Wypełnić, jeśli dotyczy Zleceniobiorcę**

 