

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZUS  
DO UMOWY ZLECENIA/DZIEŁO**

**Imię i nazwisko** .....

**Data i miejsce urodzenia**..... **PESEL:** .....

**Numer paszportu lub dowodu osobistego** .....

**Adres zameldowania:**.....

.....

**Adres zamieszkania na cele podatkowe:** .....

.....

**Numer konta bankowego:** .....

**Urząd Skarbowy:** .....

**Oddział NFZ:** .....

**Jako Zleceniobiorca/Wykonawca umowy oświadczam, że:**

1. Nie jestem/Jestem\* jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w okresie od ..... do ....., a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

- co najmniej minimalne wynagrodzenie,
- mniej niż minimalne wynagrodzenie.

W czasie wykonywania umowy zlecenie, której dotyczy oświadczenie nie przebywam/przebywam\* na urlopie bezpłatnym/wychowawczym/macierzyńskim przyznanym w okresie od

..... do .....

2. Nie jestem/Jestem\* jednocześnie już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenia lub agencyjną w okresie od

..... do ....., wynagrodzenie z tej umowy przekracza/nie przekracza\* minimalnego wynagrodzenia za pracę.

3. Nie jestem/Jestem\* już ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów niż w pkt 1 i 2 (np. działalność gospodarcza, KRUS)..... (podać tytuł).

4. Nie jestem/Jestem\* emerytem lub rencistą – nr decyzji ZUS i data jego przyznania

.....

\* – *nieprawidłowe skreślić*

5. Nie posiadam/Posiadam\* orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym\* stopniu niepełnosprawności wydane na okres od ..... do .....

6. Nie jestem/Jestem\* uczniem lub studentem.

7. Nie jestem/Jestem\* zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna.

8. Nie jestem/Jestem\* objęta/ty ubezpieczeniem społecznym z innego tytułu.

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

- chcę/ nie chcę\* być objęta/ty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym,
- chcę/ nie chcę\* być objęta/ty dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

9. Nie chcę/Chcę\*, aby moje przychody zostały objęte zwolnieniem z PIT.

10. Posiadam/Nie posiadam\* certyfikat rezydencji podatkowej wydany na okres od ..... do .....

11. Limit kosztów autorskich zastosowanych w bieżącym roku przekracza/nie przekracza\* ograniczenia rocznego. Dotychczas zastosowano .....

.....  
(podpis wykonawcy/zleceniobiorcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do zawarcia i realizacji umowy cywilnoprawnej zgodnie z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....  
(podpis wykonawcy/zleceniobiorcy)

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Poniżej znajdują się niezbędne informacje dotyczące danych osobowych przetwarzanych przez Fundację „Centrum Rozwoju Medycyny” z siedzibą w Warszawie(00-580) przy al. J. Ch. Szucha 3/2

Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja „Centrum Rozwoju Medycyny” z siedzibą w Warszawie (00-580) przy al. J. Ch. Szucha 3/2 zwaną dalej Administratorem.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

| Cel przetwarzania  | Podstawa prawna  | Okres przetwarzania danych osobowych   |
|--|--|--|
| 1. Zawarcie i wykonanie umowy  | 1. art. 6 ust. 1 lit. b, RODO  | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane:<br>1. przez okres obowiązywania umowy.<br>2. przez okres przechowywania dokumentów księgowych<br>3. przez okres obejmujący możliwość dochodzenia lub obrony roszczeń dotyczących umowy |
| 2. Po wykonaniu w celu realizacji przez Administratora danych obowiązku przechowywania dokumentów księgowych | 2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 74 ust. 2 pkt 4 ustawy o rachunkowości |  |
| 3. Prawnie uzasadniony interes Administratora  | 3. art. 6 ust. 1 lit. f  |  |

**RODO** - Rozporządzenie 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;

4. Pani/ Pana dane osobowe będą udostępniane: upoważnionym podmiotom świadczącym usługi informatyczne i księgowe w celu realizacji umowy (z zachowaniem wymogów RODO)

5. Posiada Pani/Pan prawo do:
- a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania swoich danych osobowych
  - c) usunięcia swoich danych osobowych
  - d) ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - e) przenoszenia danych,
  - f) wniesienia sprzeciwu,
  - g) wniesienia skargi do organu nadzorczego

.....  
(data, podpis składającego oświadczenie)