|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | **Proszę drukować dwustronnie** | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |  |
| **I. DANE OSOBOWE** | | | | | |  | | | |  | |
| **1 Imiona i nazwisko** | | | | | |  | | | | | |
| **2 Adres zamieszkania** | | | | | |  | | | | | |
| Ulica, nr domu i mieszkania | | | | | |  | | | | | |
| Kod pocztowy miejscowość | | | | | |  | | | | | |
| Gmina | | | | | |  | | | | | |
| Powiat | | | | | |  | | | | | |
| Województwo | | | | | |  | | | | | |
| **3 Adres do korespondencji** | | | | | |  | | | | | |
| Ulica, nr domu i mieszkania | | | | | |  | | | | | |
| Kod pocztowy miejscowość | | | | | |  | | | | | |
| Gmina | | | | | |  | | | | | |
| Powiat | | | | | |  | | | | | |
| Województwo | | | | | |  | | | | | |
| **4 Data urodzenia** | | | | | |  | | | | | |
| **5 PESEL/NIP1)** | | | | | |  | | | | | |
| **6 Urząd Skarbowy** | | | | | |  | | | | | |
| **7 Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** | | | | | |  | | | | | |
| **8 Wnoszę o naliczanie dobrowolnego ubezpieczenia:** | | | | | |  | |  | | |  |
| * *emerytalnego* | | | | | |  | |  | | |  |
| * *rentowego* | | | | | |  | |  | | |  |
| * *chorobowego* | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | |  |
| **II. DANE DO PRZELEWU** | | | | | |  | | | | | |
| Posiadacz rachunku | | | | | |  | | | | | |
| Nazwa banku | | | | | |  | | | | | |
| Numer rachunku bankowego IBAN | | | | | |  | | | | | |
| Waluta, w której prowadzony jest rachunek | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | |  |
| **III. OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:** | | | | | |  | |  | | |  |
| * **Jestem uczniem/studentem** do 26 roku życia2) | | | | | | | | | | | |
| * **Jestem osobą przebywającą na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim** | | | | | | | | | | | |
| * **Jestem osobą bezrobotną (nieubezpieczoną)** | | | | | | | | | | | |
| * **Jestem osobą przebywającą na urlopie wychowawczym/bezpłatnym**3) | | | | | | | | | | | |
| **Podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym:** | | | | | | | | | | | |
| * z wynagrodzeniem równym co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. | | | | | | | | | | | |
| * z wynagrodzeniem równym co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu z tytułu zawarcia umowy zlecenia z innym Zleceniodawcą obowiązującej w terminie …………………………………………….. | | | | | | | | | | | |
| * z wynagrodzeniem niższym od minimalnego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia lub zawarcia umowy zlecenia z innym Zleceniodawcą obowiązującej w terminie …………………………………………….. | | | | | | | | | | | |
| * **Jestem emerytem/rencistą**3) o stopniu niepełnosprawności ………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
| **Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą** i: | | | | | | | | | | | |
| * odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne w pełnej wysokości | | | | | | | | | | | |
| * korzystam z preferencyjnego obniżenia wysokości składki na ubezpieczenie społeczne | | | | | | | | | | | |
| Przedmiot działalności jest zgodny/niezgodny3) z zakresem przedmiotowym niniejszej umowy o dzieło/zlecenie | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |
| **IV. OŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAWIERANIA UMOWY O DZIEŁO Z PRZEKAZANIEM PRAW AUTORSKICH** | | | | | | | | | | | |
| * Oświadczam, iż przedmiotem niniejszej umowy jest czynność będąca przedmiotem prawa autorskiego w rozumieniu ustawy o prawie autorskim  i prawach pokrewnych | | | | | | | | | | | |
| * Oświadczam, iż z tytułu niniejszej umowy należy stosować 50% koszty uzyskania przychodów, z uwzględnieniem przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 roku (Dz. U. 2017, poz. 200, tekst jednolity) dotyczącą limitu stosowania ww. kosztów | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | |  | | |
| **V. UPOWAŻNIENIE I ZOBOWIĄZANIA** | | | |  |  | | | |  | | |
| **Obowiązek informacyjny dot. umów cywilnych**  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 (RODO) informujemy Panią/Pana, iż:  Administratorem Danych Osobowych (ADO) jest Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji z siedzibą w Warszawie, adres: Aleje Jerozolimskie 142A, 02-305 Warszawa. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 RODO. Przetwarzanie danych jest konieczne do realizacji umowy cywilnoprawnej, w tym prowadzenie rozliczeń finansowych, podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencjonowania liczby przepracowanych godzin i innych celów wynikających z naszych prawnie uzasadnionych interesów.  Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas określony szczególnymi przepisami prawa związanego z rozliczeniami finansowymi, w tym podatkowymi oraz przepisami z zakresu ubezpieczeń społecznych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia - pod warunkiem, że pozwalają na to przepisy prawa lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do przenoszenia danych. Pani/Pana dane nie będą również przekazywane do państwa pozostającego poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (tzw. państwa trzeciego) lub organizacji międzynarodowej. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji w Warszawie wyznaczyła osobę odpowiedzialną za zapewnienie przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@frse.org.pl | | | | | | | | | | | |
| Upoważniam Fundację Rozwoju Systemu Edukacji do przetwarzania moich danych osobowych w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeń społecznych związanych z realizacją niniejszej umowy. Jednocześnie oświadczam, że powyższy dokument wypełniłam/em zgodnie z prawdą.  Jestem świadoma/y, że: - podanie nieprawdziwych informacji może skutkować konsekwencjami prawnymi, w tym w szczególności obowiązkiem wynagrodzenia szkody poniesionej z tego tytułu przez Fundację Rozwoju Systemu Edukacji; - podanie nieprawdziwych informacji pod względem rozliczeń składkowych z ZUS i w przypadku, gdyby podane przeze mnie dane okazały się błędne, co skutkowałoby koniecznością uregulowania dodatkowych składek wobec ZUS, zobowiązuję się do ich pokrycia. Oświadczam, że znane mi są przepisy Kodeksu Karnego Skarbowego o odpowiedzialności za podawania danych niezgodnych z rzeczywistością. **Zobowiązuję się do powiadomienia Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji o wszelkich zmianach informacji podanych w niniejszym dokumencie, w terminie 7 dni od ich wystąpienia.** | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | | *MIEJSCOWOŚĆ, DATA I PODPIS WYKONAWCY* | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | |  | | |
| **Przypisy:** | | | |  |  | | | |  | | |
| *1) NIP podają wyłącznie osoby prowadzące działalność gospodarczą lub zarejestrowane dla celów podatku VAT* | | | | | | | | |  | | |
| *2) Proszę załączyć odpowiednie zaświadczenie ze szkoły/uczelni* | | | | |  | | | |  | | |
| *3) Niewłaściwe skreślić* | | | |  |  | | | |  | | |