OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DLA POTRZEB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

Nazwisko: ..... Imiona:1 ..... 2 .....

Data i miejsce urodzenia: ..... PESEL: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Imiona rodziców: ..... Nazwisko rodowe: ….....

Numer tel.: ……..…….. adres e-mail: ……...……

Nazwa banku i nr konta bankowego: ….....…….....……

Adres zamieszkania: Kod pocztowy: ….....-..... Miejscowość: .....

ul. ..... nr domu ..... nr lokalu ..... gmina: .....

powiat: …..... województwo: …….....

Urząd Skarbowy w ..... przy ul. .....

II. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że (*niewłaściwe skreślić):

1. **Jestem*/nie jestem*** zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w (podać nazwę szkoły/firmy oraz wymiar czasu pracy)

   ….....……..……..…….....

   na czas **nieokreślony*/określony***, w terminie od ..... do ..... i uzyskuję z tego tytułu wynagrodzenie **RÓWNE*/WYŻSZE*/NIŻSZE*** od minimalnego wynagrodzenia (…… zł. brutto) w wysokości ..... zł. brutto (podać wysokość wynagrodzenia, gdy zaznaczono **NIŻSZE**).
2. **Jestem*/nie jestem*** objęty(a) obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu **umowy zlecenia** zawartej na okres od ..... do ..... i uzyskuję z tego tytułu wynagrodzenie **RÓWNE*/WYŻSZE*** - dołączyć zaświadczenie o okresie zatrudnienia i wysokości wynagrodzenia / **NIŻSZE*** od minimalnego wynagrodzenia (……..zł. brutto).
3. **Pobieram* /nie pobieram* emeryturę*/rentę*/świadczenie przedemerytalne*/zasiłek przedemerytalny*** Nr świadczenia ..... z ZUS Inspektorat w .....
4. **Posiadam*/nie posiadam*** ustalony stopień …..... niezdolności do pracy.
5. Umowa **będzie*/nie będzie*** wykonywana w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.
6. **Jestem*/nie jestem*** studentem/uczniem szkoły (nr legitymacji) …..….....……...
7. **Wnoszę* /nie wnoszę*** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym*, rentowym*, chorobowym*.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie przez PSONI Koło w Suwałkach danych osobowych do celów realizacji niniejszej umowy.

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Zleceniodawca przyjmuje do wiadomości, że:

1. administratorem danych jest Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Suwałkach, Bród Nowy 15, 16-402 Suwałki

2. podane przeze mnie dane będą przetwarzane wyłączenie w celu realizacji niniejszej umowy, jak również w celach ewidencyjnych, podatkowych, ubezpieczeniowych i sprawozdawczych ,

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania w trakcie realizacji niniejszej umowy.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję wszelką odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Oświadczam że powyższe dane wypełniłem zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy.

Miejscowość, dnia: .....

_____

Podpis składającego oświadczenie