**Oświadczenie do celów składkowo-podatkowych ZLECENIOBIORCY**

1. **Dane osobowe**

Nazwisko ...................................................................................Nazwisko rodowe ...................................................................

IMIĘ : 1. ................................................................................... IMIĘ 2. ...................................................................................

Data i miejsce urodzenia ................................................................... NR PESEL .....................................................................

NR NIP ....................................................................... OBYWATELSTWO ............................................................................

PŁEĆ: Kobieta / Mężczyzna \* (niepotrzebne skreślić)

1. **Adres zamieszkania/zameldowania (będący jednocześnie do wykazania na druku PIT)**

gmina/dzielnica.............................................. województwo ............................................. powiat……..............………………………..

ulica ..................................................................... nr domu .............. nr mieszkania ............. kod pocztowy ...........................................

miejscowość/poczta ..................................................... **numer telefonu…………….…….................**

1. **Adres korespondencyjny ( podać jeśli adres jest inny niż powyższe)**

gmina/dzielnica.............................................. województwo ............................................. powiat……..............………………..…..

ulica ..................................................................... nr domu .............. nr mieszkania ............. kod pocztowy ......................................

miejscowość/poczta .....................................................

1. **Dane do rozliczeń PUBLICZNO-PRAWNYCH (np. Urząd Skarbowy)**

Urząd Skarbowy i adres………………………………………………………………………………………………………...

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia………………………………………………………………………………………

1. **Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art.233 §1 KK, OŚWIADCZAM, ŻE:**

**jestem zatrudniony/a w ramach umowy o pracę lub równorzędnej** i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek na ubezpieczenia społeczne** w danym miesiącu **wynosi:**

 **MNIEJ/****JEST RÓWNA/****WIĘCEJ** niż minimalne wynagrodzenie za pracę (PROSZĘ PODAĆ ZAKŁAD PRACY, ……………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………

**jestem zatrudniony w ramach stosunku służbowego zawodowej służby wojskowej** i pełnię służbę w (proszę podać nazwę)………………………………………………………………………………

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

**jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z innej umowy zlecenie** i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek na ubezpieczenia społeczne** w danym miesiącu **wynosi:**

 **MNIEJ/****JEST RÓWNA/****WIĘCEJ** niż minimalne wynagrodzenie za pracę ( podać nazwę zakładu pracy w przypadku, gdy jest to jedyna forma zatrudnienia)

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

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

**prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą** i z tego tytułu opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**

**prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą**, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy

 wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia**

 **usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze**

**mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych**

**jestem pracownikiem innego zakładu** lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na: urlopie bezpłatnym /  wychowawczym / macierzyńskim / rodzicielskim

**jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej** i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji

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

 **posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych** np. umowa agencyjna, z tytułu pracy nakładczej, działalności twórczej lub artystycznej, i inne (proszę podać jeśli posiadam)

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

**jestem emerytem/rencistą :** nr świadczenia…………………………………….…………………………………..….

**legitymuję się orzeczeniem** o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu ………………………..)

**NIE JESTEM ubezpieczony** z tytułu ubezpieczeń społecznych

**WNOSZĘ** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym

**WNOSZĘ** o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/ dobrowolnym chorobowym

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

 (inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

**Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę.**

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne(emerytalne, rentowe finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniobiorcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.)

Ponadto potwierdzam zapoznanie się z załączoną do niniejszego oświadczenia „Klauzulą informacyjną RODO”.

**Niniejsze oświadczenie zobowiązuję się składać co miesiąc**

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

data Podpis Zleceniobiorcy

Klauzula informacyjna RODO

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu zawarcia i realizacji umowy, w których stroną jest Szpital
3. Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych.
4. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych i poprawiania ich.
5. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy cywilno-prawnej, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy cywilno-prawnej.

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

data Podpis Zleceniobiorcy