DANE ZLECENIOBIORCY/WYKONAWCY POTRZEBNE DO PRZYGOTOWANIA ZGLOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZEPIECZENIA ZDROWOTNEGO, ROZLIECZNIA Z URZĘDEM SKARBOWYM

Ja niżej podpisana / podpisany
IMIĘ I NAZWISKO: ……..…….……
NAZWISKO RODOWE: ……..……
IMIONA RODZICÓW:……..……
DATA URODZENIA : ……
PESEL: ……..….
ADRES ZAMIESZKANIA (do rozliczenia w Urzędzie Skarbowym) :
……..……..
ADRES DO KORESPONDENCJI …….....
TELEFON:…...……..……
ADRES E-MAIL:……..…
URZĄD SKARBOWY: ..……

Oświadczam, że:

1) jestem / nie jestem* zatrudniony i ubezpieczany na podstawie umowy o pracę lub umowę zlecenie
……..……
(pełna nazwa zakładu pracy)

2) wynagrodzenie ze stosunku pracy ze wszystkich w/w umów w kwocie brutto wynosi / nie wynosi * minimalnego wynagrodzenia (wynosi=zarobki powyżej min. krajowej)
3) prowadzę / nie prowadzę * własną działalność gospodarczą i opłacam składki ZUS. Miesięczna podstawa wymiaru składek społecznych
……..…….....
(określić tytuł ubezpieczenia ,nazwę i adres firmy, działalność)
4) mam / nie mam* ustalonego prawa do emerytury lub renty
……..
(nr świadczenia ,pełna nazwa i adres jednostki wypłacającej świadczenie)
5) mam / nie mam* orzeczony stopień niepełnosprawności
……
(stopień niepełnosprawności)
6) przebywam / nie przebywam* na urlopie bezpłatnym, wychowawczym
7) jestem / nie jestem** uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat
8) wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym,
9) wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Wyrażam zgodę na przekazywanie uzyskanego przeze mnie wynagrodzenia za pracę oraz innych świadczeń związanych z pracą na moje bankowe konto osobiste:

Nie □ Tak □

Pełny Nr rachunku *(26 cyfr wpisywanych bez spacji)*

O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania 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 oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

……..
(data i podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)

Administratorem w/w danych osobowych jest STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM z siedzibą w Gdańsku przy Placu Gen. Józefa Wybickiego 18 80-440 Gdańsk. Dane przetwarzane są w celach zatrudnienia. Wymagania zawarte w Ogólnym Rozporządzeniu o Ochronie Danych (RODO). Zleceniobiorca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM z siedzibą w Gdańsku w celu przesyłaniu informacji. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM z siedzibą w Gdańsku o prawie wglądu i zmiany moich danych osobowych.

……..
(data i podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy)

Objaśnienia:

* niewłaściwe skreślić,

** status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba która kończy studia I stopnia licencjackie (inżynierskie), a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.