***Oświadczenie do umowy cywilnoprawnej***

do celów podatkowych i ubezpieczeniowych

1. ***Dane Osobowe***

*Nazwisko……………………………. Imiona 1)……………………… 2)……………………………*

*Imiona Rodziców…………………………………………………………………………………….…..*

*Data Urodzenia……………………………… Miejsce urodzenia………………………………….*

*Nazwisko rodowe………………………………….. Obywatelstwo……………………….……….*

*PESEL……………………………………………. NIP……………………………………………….…*

***Seria i nr dowodu osobistego****……….…………………………………………………………….*

***Nr tel.*** *………………………………****e-mail*** *……………………………..………………………….…*

1. ***Adres zamieszkania***

*Województwo……….……………… powiat………….………….. gmina…………………………*

*Ulica…………………………………..….. nr domu…………. nr mieszkania……………….…..*

*Miejscowość…………………………… kod pocztowy…………… poczta……….……………..*

1. ***Adres do korespondencji*** *(gdy adres korespondencyjny nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)*

*Województwo……….……………… powiat………….………….. gmina…………………………*

*Ulica…………………………………..….. nr domu…………. nr mieszkania……………….…..*

*Miejscowość…………………………… kod pocztowy…………… poczta……….……………..*

1. ***Urząd Skarbowy*** *(właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczek na podatek dochodowy PIT-11)*

*Nazwa i adres……………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………*

1. ***Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego***
	1. *Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ………………………………………………………….…………………………………………………*
	2. *Jestem\* : emerytem* [] *tak* []  *nie*

 *rencistą*  [] *tak* []  *nie*

*\*właściwe zaznaczyć wstawiając X*

* 1. *Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\** [] *tak* []  *nie*

 *\*właściwe zaznaczyć wstawiając X*

*Jeśli TAK, określić stopień niepełnosprawności…………………………………………………………………………………*

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

*DOTYCZY / NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić). Jeśli DOTYCZY wypełnić poniżej)*

*Oświadczam, że jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentownym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X)*

[] stosunku pracy,

[] członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

[] stosunku służby w WP, Policji. SG, PSW, SW, S.C.,

[]wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy,

[] prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko,

[] wykonywania pracy nakładczej

[] z innego tytułu (określić tytuł……………………………………………………………………..)

Równocześnie oświadczam, iż osiągam dochody miesięczne nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie za prace od których odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (minimalne wynagrodzenie w 2025 roku będzie wynosiło 4 666,00zł).

***Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy*** *.*

*Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie, która zostanie zawarta z Powiatowym Inspektoratem Weterynarii w Wyszkowie, niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.)*

*O wszelkich zmiany dotyczących informacji podanych w punktach 1-7 w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.*

*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 płatnika składek oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.***

*Oświadczenie będzie integralną częścią umowy-zlecenia dotyczącej świadczenia usług dla Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Wyszkowie z tytułu wyznaczenia i będzie wiązać strony w czasie jej obowiązywania.*

*………………………………………………..*

 *Data i podpis zleceniobiorcy*

**Obowiązek informacyjny w związku z przetwarzaniem danych osobowych lekarzy weterynarii przez zleceniodawcę:**

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Lekarz Weterynarii w Wyszkowie,
z siedzibą: ul. Serocka 7, 07-200 Wyszków. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Serocka 7, 07-200 Wyszków lub drogą e-mailową pod adresem: wyszkow@piwyszkow.pl

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: e-mail: wyszkow@piwwyszkow.pl

3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości i ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny.

4. Przetwarzanie odbywa się w związku z : a) wykonywaniem ustawowych zadań Inspekcji Weterynaryjnej tj.: podanie moich danych osobowych do publicznej wiadomości i informacji
o moim wyznaczeniu – art. 6 ust. 1 lit. b RODO; b) wykonaniem umowy zlecenia/umowy
o świadczenie usług oraz wypłaty wynagrodzenia i kontaktowania się w sprawach związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. b RODO; c) rozliczeniem umowy i zgłoszeniem do ZUS, zgodnie z przepisami prawa – art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Dane osobowe będą przechowywane przez 6 lat od zakończenia zlecenia, dzieła lub umowy cywilno-prawnej na podstawie przepisów prawa.

5. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.

6. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, w tym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego, a także na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, w tym do dostawców usług teleinformatycznych.

8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

9. Skargę na działania Administratora można wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Podanie danych osobowych wynikających z przepisu prawa jest wymogiem ustawowym, koniecznym do wykonania obowiązków Administratora. Niepodanie tych danych spowoduje brak możliwości realizacji umowy.

11. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

12. Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych.

………………………… …….…………………………………

/data/ /podpis/