|  |
| --- |
| **Załącznik nr 11 do SWZ** |
| **Oświadczenie wykonawcy będącego osobą fizyczną** **do celów podatkowych, ubezpieczeniowych, ewidencyjnych**  w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na usługę pn.:  „Prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych  w świetlicach wiejskich Gminy Pruszcz Gdański w 2023 roku” |

*Oświadczenie składane na wezwanie Zamawiającego przed zawarciem umowy*

Nazwisko

Imiona

Data urodzenia

PESEL

Nazwisko rodowe

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Urząd Skarbowy

Oddział NFZ

Numer konta bankowego

Dane kontaktowe (telefon/adres e-mail)

Oświadczam, że:

1. jestem/nie jestem\*) zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę (wymiar czasu pracy)

# w

*(podać nazwę zakładu pracy)*

1. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:

o przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzenia **3 600 zł,**

**o** nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia,

1. nie jestem/jestem\*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartą na okres od dnia ............... do dnia ......................, z wynagrodzeniem brutto powyżej/poniżej\*) minimalnego wynagrodzenia.
2. nie posiadam/ posiadam\*) ustalone prawo do emerytury/renty
3. nie jestem/ jestem\*) właścicielem /lub wspólnikiem

*(nazwa firmy, rodzaj działalności)*

# ubezpieczonym w ZUS od

1. nie jestem/jestem\*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat

# 

*(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)*

1. nie jestem/jestem bezrobotny/a\* )zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w i nie pobieram/pobieram\*) zasiłek dla bezrobotnych\*),
2. nie przebywam/przebywam\*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym\*) od dnia ,
3. posiadam/nie posiadam\*) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (podać stopień ,
4. nie wnoszę/wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym *(proszę właściwe zaznaczyć, jeśli korzysta się z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu),*
5. nie wnoszę/wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

***\*właściwe podkreślić***

**Oświadczam, że wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.**

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

**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 przez niego do** ZUS-u **składki na ubezpieczenia społeczne** (emerytalne i **rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**

Data: Podpis

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA ZLECENIOBIORCY**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej jako RODO, informujemy że:

**Administrator danych**

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest Gmina Pruszcz Gdański, którą reprezentuje Wójt. Dane kontaktowe są następujące:

− adres korespondencyjny: ul. Zakątek 1, 83-000 Juszkowo

− nr telefonu: 58 692 94 00

− adres e-mail: [sekretariat@pruszczgdanski.pl](mailto:sekretariat@pruszczgdanski.pl)

**Inspektor ochrony danych**

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, ma Pani/Pan prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres mailowy: [iod@pruszczgdanski.pl](mailto:iod@pruszczgdanski.pl)

**Cel przetwarzania**

Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja umowy lub podjęcie działań przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO\*) oraz realizacja obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO)

**Podstawa przetwarzania danych**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy na podstawie zawartej umowy oraz przepisów prawa - ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2707 ze zm.). Podanie danych jest obowiązkowe w zakresie przepisów prawa oraz umowne w pozostałym zakresie. Konsekwencją niepodania danych osobowych może być odmowa podpisania umowy.

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, liczone od stycznia roku następnego po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy, chyba że przepisy przewidują dłuższy okres przechowywania dla tych danych.

**Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa (np. ZUS, Urzędy Skarbowe). Są nimi również podmioty, które świadczą nam usługi (np. banki).

**Prawa osób**

Ma Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych i uzyskania ich kopii,

- sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania, usunięcia danych z zastrzeżeni, zapisów art. 17 ust. 3 RODO oraz

- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).