**UMOWA ZLECENIE 2020**

W dniu …….… - ……… - 2020 r. w Warszawie pomiędzy Związkiem Piłki Ręcznej w Polsce   
z siedzibą przy ul. Puławskiej 300 A, 02-819 Warszawa: NIP 118-07-45-072, zwanym dalej „ZLECENIODAWCĄ”, reprezentowanym przez:

1. Henryka Szczepańskiego – I Wiceprezesa Zarządu ZPRP, Dyrektora Biura
2. Marię Okurowską – Główną Księgową ZPRP

a……………………………………………………………………………………………….…………

Zamieszkałym w…………………………………………………………………………………………

zwanym dalej „ZLECENIOBIORCĄ”, zawarto umowę o następującej treści:

§ 1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

prowadzenia zajęć z piłki ręcznej plażowej w ramach projektu „zRęcznie kręcimy na piasku”

w okresie od ………………………….. do ………………………………..

§ 2. Zleceniobiorcy za wykonanie czynności przewidzianych w § 1. umowy przysługuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości brutto, w kwocie stanowiącej iloczyn przepracowanych godzin w danym miesiącu i stawki godzinowej (liczba godzin………….. x stawka/ godzinę 40zł), z którego dokona się stosownych potrąceń.

słownie:……………………………………………………………………………………….…………

ilość godzin………….. x stawka/ godzinę 40zł

z którego dokona się stosownych potrąceń.

§ 3. Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na rachunek bankowy zleceniobiorcy nr: ……………………………………………………………………………..……………………….……

Potwierdzeniem wykonania pracy będzie arkusz rozliczeniowy przepracowanego czasu (stanowiący załącznik do umowy) oraz rachunek stanowiący podstawę do wypłaty wynagrodzenia należnego Zleceniobiorcy, wystawione i przesłane do Zleceniodawcy w ciągu 5 dni od dnia zakończenia zlecenia.

§ 4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania zlecenia z zachowaniem należytej staranności.

§ 5. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 6. W sprawach spornych mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7. Umowa może być wypowiedziana przez strony w terminie 14 dni.

ZLECENIOBIORCA ZLECENIODAWCA

………………………….. ……………………………

*OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY   
do celów zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego*

Nazwisko ......................................................................Imię......................................................................

Imię ojca ….....................................................Imię matki..........................................................................

Data urodzenia............................................... Miejsce urodzenia ..............................................................

PESEL .......................................................

# **ADRES ZAMIESZKANIA (właściwy dla celów podatkowych)**

Kraj…………………………. Województwo …………………………………….…………….………

Powiat………………………..………..….…… Gmina……………………...……………………….…

Poczta …………………………………

Ulica .................................................................................... Nr domu ................. Nr mieszkania ............

Kod pocztowy……………………… Miejscowość .................................................................................

**ADRES DO KORESPONDENCJI** (podać jeżeli jest inny niż zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………………………

Urząd Skarbowy…………………………………………….……………………………………………

Oddział NFZ ……………………………………………………………………………...…..………….

Kontakt telefoniczny:………………..…………..e-mail:………………………………………………..

*OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY   
do ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym na dzień wypłaty wynagrodzenia z tytułu umowy zlecenia, stanowiące załącznik do rachunku*

Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, iż:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | | | Umowa zlecenie jest jedynym moim zatrudnieniem | | | | | TAK\* | | NIE\* | | |
| 2. | | | Jestem zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę (podać nazwę zakładu pracy) | | | | | TAK\* | | NIE\* | | |
|  | | | ………………………………………………………………………… | | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | | w wymiarze ………………………..czasu pracy (np. ½ etatu, pełny etat ), na czas …………………..…………..(nieokreślony, określony od dnia………………………..do dnia………………………) i są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne | | | | |  | |  | | |
| 3. | | | Wynagrodzenie ze stosunku pracy w skali miesiąca w kwocie brutto jest od minimalnego wynagrodzenia **(2 600,00 zł brutto w 2020 r.)** | | | | | NIŻSZE\* | | WYŻSZE \* | | |
| 4. | | | Oprócz ww. umowy zlecenia jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie następujących umów zlecenia: | | | | | TAK\* | | NIE\* | | |
| Lp. | | Nazwa Zleceniodawcy | | | NIP Zleceniodawcy | Czas trwania umowy | | Objęta ubezpiecze-niem emerytalnym i rentowym | | Wynagro-dzenie jest wyższe niż 2 600,-zł.brutto | | Jeśli NIE jest wyższe niż 2 600,-zł.brutto podać wysokość | | |
| OD | DO | TAK/NIE | | TAK/NIE | |
|  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  | |  | | |  |  |  |  | |  | |  | | |
| 5. | | Prowadzę działalność gospodarczą | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | Jeżeli TAK: NIP………………………… | | | | | |  | |  | |
|  | | Jestem ubezpieczona/y z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i opłacam składki społeczne ZUS | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | - preferencyjne | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | - standardowe | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 6. | | Nie pracuję i nie jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 7. | | Jestem bezrobotna/y zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | pobieram zasiłek dla bezrobotnych | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 8. | | Jestem studentką/em i nie ukończyłam/em 26 lat, i aktualnie studiuję na studiach: | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | - licencjackich | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | - magisterskich | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | - doktoranckich | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 9. | | Przebywam na urlopie bezpłatnym od………………do………….…… | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | Przebywam na urlopie macierzyńskim od…………….do…………….. | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | Przebywam na urlopie wychowawczym od……..…… do………….… | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 10. | | Jestem emerytem | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
|  | | Jestem rencistą | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 11. | | Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 12. | | Umowa zlecenie zawarta z ZPRP jest jedynym tytułem do ubezpieczeń i wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |
| 13. | | Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym | | | | | | TAK\* | | NIE\* | |

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Związku Piłki Ręcznej w Polsce o wszelkich zaistniałych zmianach w terminie 7 dni. Forma oświadczenia jest zgodna z art. 9 ust. 2c Ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 1998 Nr 137 poz. 887 ze zm.).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu i umowach zlecenia, sporządzonych na podstawie oświadczenia, dla potrzeb niezbędnych do realizacji dotacji (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2008 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. 2018 poz. 1000 ze zm.).

***W przypadku podania nieprawidłowych informacji, 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 naliczone na zasadach i w wysokości określonej w ustawie Ordynacja podatkowa.* Informujemy, że powyższe oświadczenie podlegać będzie weryfikacji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.**

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………

PODPIS ZLECENIOBIORCY

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

# **Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27.04.2016 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 ze zm. (dalej również: RODO), informujemy, iż:**

**/*administrator/*** Administratorem Państwa danych osobowych jest Związek Piłki Ręcznej w Polsce siedzibą w Warszawie 02-819 Warszawa, ul Puławska 300 A, KRS: 0000105351 (dalej również: ZPRP);

**/*cel przetwarzania/*** Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania umowy, na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i f) RODO;

**/odbiorcy danych/** Odbiorcą Państwa danych osobowych będą pracownicy, współpracownicy ZPRP, oraz właściwe urzędy publiczne, w zakresie niezbędnym do wykonania umowy oraz spełnienia świadczeń publicznoprawnych. Nie planujemy przekazywać Państwa danych osobowych poza terytorium EOG, jeśli pojawi się taka konieczność to wyłącznie w celu realizacji zawartej umowy;

**/okres/** Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do pełnego zrealizowania umowy (np. konieczność wystawienia dokumentów księgowych, dochodzenia przez nas ewentualnych roszczeń wynikających z umowy czy też tworzenia analiz na potrzeby wewnętrzne ZPRP), z uwzględnieniem przepisów prawa powszechnie obowiązującego;

***/uprawnienia/*** Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu oraz do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, np. drogą telefoniczną lub na adres email: daneosobowe@zprp.org.pl;

***/skarga/*** Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy RODO;

***/warunek wykonania umowy/*** podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne do realizacji umowy, niepodanie danych osobowych spowoduje niemożność realizacji umowy;

***/jakie dane/*** Przetwarzane będą wyłącznie dane osobowe niezbędne do realizacji umowy;

***/profilowanie/*** Państwa dane będą nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą profilowane.

…………………………………………………… czytelny podpis